

Hochschule Fulda

Fachbereich Sozialwesen

Studiengang: M.A. Soziale Arbeit (MAPS)

Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie

**Der Wechsel der Wohnform vom stationären Wohnen in das  
ambulant betreute Wohnen:  
NutzerInnen- und MitarbeiterInnenperspektive**

[Bearbeitete Fassung]

vorgelegt von:

Ilja Benjamin Ruhl

Matrikelnummer: 427608

Masterthesis

Erstprüferin: Prof. Dr. Petra Gromann

Zweitprüfer: Prof. Dr. Reinhard Peukert

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Wohnbezogene Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in Nordrhein-Westfalen</b> .....	<b>6</b>
2.1 <i>Stationäres Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung in Nordrhein-Westfalen</i> .....	7
2.1.1 Rahmenbedingungen .....	7
2.1.2 Strukturelle Daten.....	8
2.2 <i>Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung in Nordrhein-Westfalen</i> .....	9
2.2.1 Rahmenbedingungen .....	9
2.2.2 Strukturelle Daten.....	10
2.3 <i>Steuerung „Ambulant vor stationär“ durch die Landschaftsverbände</i> .....	11
2.3.1 Instrumente der Steuerung ambulant vor stationär .....	12
2.3.1.1 Finanziell-strukturelle Instrumente .....	12
2.3.1.2 Fachlich-inhaltliche Instrumente .....	13
2.4 <i>Bewegungen zwischen stationärem und ambulantem Wohnbereich</i> .....	14
2.5 <i>Kritik am Dogma „ambulant vor stationär“</i> .....	14
<b>3. Forschungsfragen</b> .....	<b>16</b>
<b>4. NutzerInnenbefragung</b> .....	<b>18</b>
4.1 <i>Forschungsethik</i> .....	19
4.2 <i>Sampling</i> .....	19
4.3 <i>Durchführung der Befragung</i> .....	20
4.4 <i>Auswertung</i> .....	21
4.5 <i>Ergebnisse der NutzerInnenbefragung</i> .....	21
4.5.1 <i>Finanzielle sowie materielle Unterstützung und Sicherheit</i> .....	21
4.5.2 <i>Impuls zum Wohnformwechsel</i> .....	22
4.5.3 <i>Vorbereitungszeit auf den Wohnformwechsel</i> .....	23
4.5.4 <i>Wohnheimaufenthalt als Ort der Gesundung</i> .....	23
4.5.5 <i>Freiheit</i> .....	24
<b>5. MitarbeiterInnenbefragung</b> .....	<b>26</b>
5.1 <i>Methode und Forschungsethik</i> .....	26
5.1.1 <i>Sample</i> .....	27
5.1.2 <i>Ausschöpfungsquote bzw. Rücklaufquote</i> .....	27
5.1.3 <i>Methodische Einschränkungen</i> .....	27
5.2 <i>Ergebnisse der MitarbeiterInnenbefragung</i> .....	28
5.2.1 <i>Demographische und strukturelle Daten der befragten MitarbeiterInnen</i> .....	29
5.2.2 <i>Ängste und Sorgen in Verbindung mit dem Wohnformwechsel</i> .....	32
5.2.2.1 <i>Ängste und Sorgen im finanziellen Bereich</i> .....	33
5.2.2.2 <i>Ängste und Sorgen im Bereich der betreuenden Hilfen</i> .....	35
5.2.2.3 <i>Ängste und Sorgen im Bereich sozialer Kontakte</i> .....	39
5.2.2.4 <i>Ängste und Sorgen in weiteren Bereichen</i> .....	42

5.2.2.5	Offene Antworten .....	43
5.2.3	Wohnumgebung.....	45
5.2.3.1	Wohnnähe zu Angehörigen und Verwandten .....	46
5.2.3.2	Nähe zum behandelnden Facharzt .....	50
5.2.3.3	Wohnnähe zum Dienstsitz des ambulant betreuten Wohnens .....	52
5.2.3.4	Nähe zum ehemaligen Wohnheim .....	53
5.2.3.5	Tagesstruktur und Arbeitsplatz.....	54
5.2.3.6	Infrastruktur und bezahlbarer Wohnraum.....	57
5.2.4	Verbesserte Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Wohnbereich.....	59
5.2.4.1	Kontaktaufbau zwischen NutzerInnen und MitarbeiterInnen des ambulant betreuten Wohnens .....	61
5.2.4.2	Kommunikation zwischen den MitarbeiterInnen der Wohnbereiche..	63
5.2.4.3	Hilfeplanung .....	64
5.2.4.4	Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen den Wohnbereichen.....	66
5.2.4.5	Weitere Verbesserungsvorschläge .....	68
5.2.4.6	Offene Antworten .....	71
5.2.5	Bewertungsunterschiede zwischen MitarbeiterInnen im stationären und ambulanten Wohnbereich in Bezug auf den Wohnformwechsel .....	73
5.2.5.1	Ängste und Sorgen der NutzerInnen im Zusammenhang mit einem Wohnformwechsel.....	74
5.2.5.2	Wohnumgebung.....	75
5.2.5.3	Verbesserungsvorschläge .....	77
5.2.6	Vergleich der Arbeitsbelastungen in beiden Wohnbereichen .....	78
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Praxis .....</b>	<b>86</b>
<b>7.</b>	<b>Literatur.....</b>	<b>92</b>
<b>8.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>106</b>

## 1. Einleitung

Die Gemeindepsychiatrie in Deutschland unterliegt seit Jahrzehnten einem steten Wandel. Die Möglichkeit des Wechsels von NutzerInnen eines Wohnheims in das ambulant betreute Wohnen ist das Resultat dieser Entwicklung. Ausgehend von der Psychiatrie-Enquete (vgl. Deutscher Bundestag, 1975) kam es in Deutschland in den 1970er Jahren zu einem Umdenken und zu tiefgreifenden Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung. Anlass waren die in der Psychiatrie-Enquete beschriebenen „elenden und menschenunwürdigen Verhältnisse“ (Zwischenbericht der Psychiatrie-Enquete, 1973, zitiert nach Stierl & Bauer, 2007, S. 216) in den Kliniken, die auch in Deutschland „totale Institutionen“ im Sinne Goffmanns darstellten (vgl. Goffmann, 1973; Albrecht et al., 1994).<sup>1</sup>

Mit der Umgestaltung psychiatrischer Strukturen begann ein jahrzehntelanger Prozess, der auch heute noch nicht endgültig seinen Abschluss gefunden hat. Im Anschluss an die Psychiatrie-Enquete setzten zunächst der Abbau von Betten, insbesondere in den großen Landeskliniken und der Aufbau von psychiatrischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern ein. Diese Maßnahmen gingen auf die Empfehlungen der Enquete zurück, nach denen „alle Dienste, bei denen dies nur möglich ist, [...] *gemeindenah* [Hervorhebung im Original] eingerichtet werden“ sollten (Deutscher Bundestag, 1975, S. 189). Das Paradigma der gemeindenahen Psychiatrie, also die dezentralisierte Behandlung und Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen an deren Lebensort, prägte schließlich den Begriff der „Gemeindepsychiatrie“.

Im Zuge der Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung kam es zunächst zu einer Enthospitalisierungsphase (vgl. Albrecht et al., 1994; Hoffmann, 2003) und mit ihr einhergehend zu einer Auflösung oder Reduzierung der Platzzahlen der klinischen Langzeitbereiche psychiatrischer Großkrankenhäuser (vgl. Hemkendreis, 2011; Spancken 2001). Ein Teil der Patienten der Langzeitbereiche zog, wenn möglich in Wohnheime um, die in ihrer ehemaligen Heimat angesiedelt wurden. Andere wiederum lebten in

---

<sup>1</sup> Einen interessanten Einblick in die Zustände und das psychiatrische Denken in der Zeit um die Psychiatrie Enquete gibt Dilling (2003).

Wohnheimen in der Region, in der sich auch deren ehemalige Klinik befand.<sup>2</sup> Mit dem Wechsel des Lebensortes ehemaliger Langzeitpatienten veränderte sich häufig auch der Arbeitsort und die Arbeitsweise der – bis dato klinischen – MitarbeiterInnen.

Diese Veränderungsprozesse gingen häufig mit Belastungen der MitarbeiterInnen einher (vgl. hierzu z.B. Kallert, Stoll, Leiß & Winiecki, 2004; Macfarlane et al., 1997), die u.a. aus „Identifikationsprobleme[n] mit der Einrichtung und ihrer (nur teilweise) veränderten Zielsetzung [...]“ resultierten (Albrecht et al., 1994, S. 210).<sup>3</sup> Es kam zu „Rivalitäten innerhalb der Mitarbeiterschaft bezüglich Geschwindigkeit und Modus der Umstrukturierung in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern oder aber abweichende konzeptionelle Vorstellungen von psychiatrischer Betreuung im Zuge der Enthospitalisierung“ (ebd.).

In dieser ersten großen Phase der Umgestaltung der psychiatrischen Landschaft zeigt sich bereits, dass Veränderungen im Hilfesystem für psychisch erkrankte Menschen auch immer auch auf das Personal, das diese Hilfen erbringt, Auswirkungen haben.

Trotz der Enthospitalisierungsbemühungen nach der Psychiatrie-Enquete lebten Mitte der 1990er Jahre immer noch „10.000-15.000 Patienten in Kliniken mit einer durchschnittlichen Verweildauer von zehn Jahren“ (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2010, S. 470). In den 1990er Jahren kam es zu weiteren Enthospitalisierungswellen (ebd.), zunehmend wurde aber auch in den gemeindepsychiatrischen Diskursen Kritik an der (außerklinischen) Heimversorgung laut (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2010, S. 480 f.). Von vielen an diesem Diskurs Beteiligten wurde die Abschaffung der Heime gefordert (Dörner, 2002; Dörner, 2004) oder Veränderungen in der Heimversorgung angemahnt (Heim, 2000; Heinrich, 2006; Keuner, 2006; Schernus, 2003).<sup>4</sup>

Nicht von der Hand zu weisen ist die Tatsache, dass im Zuge der Psychiatrie-Enquete gemeindenahe Wohnheime die Aufgaben früherer klinikangebundener Langzeitstationen,

---

<sup>2</sup> Kallert, Looks, Leiß, Hoffmann und Franz (2006) monieren in ihrer Übersichtsarbeit von Evaluationsstudien zur Enthospitalisierung u.a. die wenig aussagekräftigen Daten bezüglich der genauen Charakteristik und Ausstattung der aufnehmenden Wohnformen. Albrecht et al. (1994) kritisieren ebenfalls den „diffusen“ Stand der internationalen Forschung zur Enthospitalisierung (S. 203).

<sup>3</sup> Interessanterweise kam es in den neuen Bundesländern nach der Wende zu ähnlichen Entwicklungen und Schwierigkeiten wie zuvor bei der westdeutschen Reform (vgl. Osinski, 2010).

<sup>4</sup> Priebe et al. (2005) diskutieren zudem die Reinstitutionalisierung psychisch erkrankter Menschen in Forensiken und Haftanstalten, wobei er und seine MitautorInnen weniger die Veränderungen im psychiatrischen Versorgungssystem oder ein Ansteigen psychischer Erkrankungen, sondern vielmehr das Sicherheitsbedürfnis von Gesellschaften für diese Entwicklung verantwortlich machen.

also die Versorgung psychisch erkrankter Menschen, übernommen haben. Stationäre Wohnformen hatten, nimmt man die Anzahl der versorgten psychisch erkrankten Menschen zum Maßstab, jahrzehntelang den größten Stellenwert bei den wohnbezogenen Hilfen inne, ambulante Wohnformen führten dagegen aufgrund der Platzzahldeckelung eher ein Schattendasein (vgl. Aselmeier, Stamm, Weinbach & Wissel, 2007, S. 31, S. 64; Heimler, 2003, S. 27; Kunze, Krüger, Lorenz & Holke, 2009, S. 10).

Ein Umdenken hat, wie oben beschrieben, zunächst aufgrund fachlicher und humanistischer Erwägungen bei MitarbeiterInnen der Gemeindepsychiatrie eingesetzt, eine tatsächliche Umgestaltung begann aber flächendeckend erst durch die ökonomisch motivierte Einflussnahme in Form von Steuerungsinstrumenten seitens der Kostenträger (vgl. Regus, 2006). Insbesondere in Nordrhein-Westfalen führte die sogenannte „Hochzonung“, also die Übertragung der Verantwortung für das ambulant betreute Wohnen vom örtlichen auf den überörtlichen Sozialhilfeträger, die Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Rheinland, zu einer Ausweitung ambulanter wohnbezogener Hilfen. Die Landschaftsverbände beendeten die Kontingentierung der Platzzahlen des ambulant betreuten Wohnens und begannen parallel mit Umsteuerungsmaßnahmen, die den Zuwachs von Heimplätzen bremsen sollten. Außerdem wurden Anreizsysteme geschaffen, die es NutzerInnen von Wohnheimen erleichtern sollten, in eine ambulante Wohnform zu wechseln (vgl. Kapitel 2.3.1).

Aufgrund dieser veränderten Rahmenbedingungen der wohnbezogenen Hilfen in Nordrhein-Westfalen sind sowohl MitarbeiterInnen des stationären als auch des ambulant betreuten Wohnens heute häufiger als in der Zeit vor der „Hochzonung“ mit dem Wechsel der Wohnform durch NutzerInnen konfrontiert. Die Situation des Wechsels vom stationären ins ambulante Wohnen unterscheidet sich in vielen Punkten von einem Eintritt ins ambulante Wohnen, wenn er nicht vom Wohnheim<sup>5</sup> ausgeht. Häufig müssen NutzerInnen Entscheidungen bei der Auswahl einer Wohnung treffen, sie müssen Überlegungen darüber anstellen, ob sie in eine Wohngemeinschaft ziehen wollen oder lieber alleine leben wollen usw. Zudem kann der Auszug aus einem Wohnheim zu einem Abbruch von sozialen Beziehungen zu MitbewohnerInnen und MitarbeiterInnen führen

---

<sup>5</sup> Die Begriffe „stationäres Wohnen“ und „Wohnheim“ werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

und stellt für die jeweiligen NutzerInnen möglicherweise einen bedeutenden Einschnitt in ihrem Leben dar. Diese Arbeit befasst sich mit den Bedingungen des Wohnformwechsels vom stationären in das ambulant betreute Wohnen in Nordrhein-Westfalen. Dabei soll sowohl die NutzerInnen- als auch die MitarbeiterInnenperspektive beleuchtet werden. Während in Bezug auf die NutzerInnen hierzu auf das persönliche individuelle Erleben des Wechsels fokussiert wird, liegt der Schwerpunkt bei der MitarbeiterInnenperspektive auf deren Einschätzungen von Ängsten und Sorgen bei NutzerInnen in der Phase des Wechsels, die Bewertung von Faktoren einer zukünftigen Wohn- bzw. Lebensumgebung sowie von verschiedenen Verbesserungsvorschlägen. Ein Vergleich der Einschätzungen soll außerdem mögliche problematische Differenzen zwischen den MitarbeiterInnen beider Tätigkeitsbereich aufdecken. Solche Differenzen können z.B. dazu führen, dass Hilfen unterschiedlich priorisiert oder forciert werden.

Vor dem Hintergrund einer konstruktiven Zusammenarbeit beider Wohnbereiche kann außerdem die Wahrnehmung der eigenen Arbeitsbelastung sowie der Arbeitsbelastungen im anderen Wohnbereich seitens der MitarbeiterInnen von Bedeutung sein, da diese sich auf die Art und Weise sowie auf die zeitlichen Ressourcen der Zusammenarbeit auswirken kann.

Ausgehend von der Darstellung wohnbezogener Hilfen in Nordrhein-Westfalen, der Erörterung der Steuerungselemente zugunsten ambulanter Wohnformen und der zahlenmäßigen Entwicklung des Wechsel vom stationären in den ambulanten Wohnbereich (Kapitel 2) werden in Kapitel 3 die dieser Untersuchung zugrundeliegenden Forschungsfragen erörtert.

Kapitel 4.5 befasst sich mit dem Erleben des Wohnformwechsels aus Sicht der NutzerInnen, das mittels qualitativer Leitfadeninterviews erhoben wurde.

Die Perspektive der MitarbeiterInnen in Einrichtungen der wohnbezogenen Hilfen findet sich in Kapitel 5.2 in Form der Ergebnisse einer quantitativen Online-Befragung. Diese Ergebnisse werden zunächst vorgestellt und vor dem Hintergrund anderer Studien diskutiert. In einem weiteren Schritt werden die Einschätzungen der MitarbeiterInnen des stationären und ambulanten Wohnens in Bezug auf den Wohnformwechsel von NutzerInnen gegenübergestellt und verglichen. In Kapitel 5.2.4 finden sich Befragungsergebnisse zur Wahrnehmung der Arbeitsbelastung der MitarbeiterInnen beider Wohnbereiche.

Diese Arbeit schließt mit der Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und den daraus resultierenden möglichen Schlussfolgerungen für die praktische Arbeit (Kapitel 6).

## **2. Wohnbezogene Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in Nordrhein-Westfalen**

Grundlage der wohnbezogenen Hilfen für psychisch erkrankte Menschen sind Leistungen nach der Eingliederungshilfe zum selbständigen Wohnen für Menschen mit Behinderungen (vgl. Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste, 2008, S. 9). Sie stellen die praktische Ausformulierung des § 53 SGB XII dar, in der insbesondere in Absatz 3 die Ermöglichung einer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ausformuliert ist. Zugangsvoraussetzung ist zuerst die Feststellung einer Behinderung oder drohenden Behinderung nach § 3 SGB IX Absatz 1, wonach Menschen dann als behindert gelten, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“. Als von Behinderung bedroht gilt, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Die seelische Behinderung wird näher in § 3 der Eingliederungsverordnung (EinglHVO) nach §60 SGB XII definiert. Hierzu zählen unter anderem „körperlich nicht begründbare Psychosen“, „Neurosen und Persönlichkeitsstörungen“ (§ 3 EinglHVO.). Bei einer ärztlich attestierten Behinderung im Sinne des Gesetzes wird im Rahmen einer individuellen Hilfeplanung gemeinsam mit der hilfeschuchenden Person der Hilfebedarf festgestellt. Diese Hilfeplanung führt im Bereich der Menschen mit seelischer Behinderung in der Regel die zukünftig leistungserbringende Einrichtung der wohnbezogenen Hilfe oder eine Klinik durch. In Abhängigkeit von der Komplexität und des Umfangs der benötigten Unterstützung wird über eine wohnbezogene Hilfe im (teil-)stationären Setting oder ambulant betreuten Wohnen entschieden. In Zweifelsfällen entscheidet das Gremium einer Hilfeplankonferenz über Umfang und Art der Hilfe (zum Hilfeplanverfahren vgl. Hoffmann-Badache, 2004, 2005).

Finanziert werden die wohnbezogenen Hilfen durch die überörtliche Sozialhilfe, d.h. sie ist gegenüber Eigenleistungen in Form von Einkommen und Vermögen nachrangig (vgl. Wüllenweber, Theunissen & Mühl, 2006, S. 73). Kostenträger sind nach der sogenannten „Hochzonung“ die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe (vgl. Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste, 2008, S. 9). Im Rahmen der Hochzonung wurde die Zuständigkeit von den Kommunen an die Landschaftsverbände übergeben, mit der Folge, dass neben der Finanzierung der wohnbezogenen Hilfen auch die fachliche

Begleitung der individuellen Hilfeplanung in der Verantwortung der Landschaftsverbände liegt.

In Deutschland findet immer noch eine Unterscheidung zwischen (teil-)stationären und ambulanten Wohnhilfen statt, die zunehmend in die Kritik gerät und in anderen Ländern in dieser Form nicht bekannt ist (vgl. Wissel, Grebe & Aselmeier et al., o. J., S. 11 ff.). Die inhaltlichen und strukturellen Merkmale des stationären und ambulant betreuten Wohnens für Menschen mit psychischer Erkrankung werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

## ***2.1 Stationäres Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung in Nordrhein-Westfalen***

Unter den Begriff „stationäre Wohnformen“ werden in Nordrhein-Westfalen Wohnheime, Außenwohngruppen und das intensiv betreute Wohnen sowie das dezentrale stationäre Einzelwohnen subsumiert (Aselmeier, Stamm, Weinbach & Wissel, 2007, S. 23). Wurden im Zuge der Enthospitalisierung zunächst überwiegend Wohnheime mit Vollversorgung, also z.B. einer 24-stündigen Anwesenheit von Betreuungspersonal geschaffen, so sind sukzessive differenzierte Angebote hinzugekommen. In Außenwohngruppen sind häufig nachts keine MitarbeiterInnen anwesend, im intensiv betreuten Wohnen wird außerdem nach Möglichkeit die Trennung von Büro- und Wohnraum angestrebt. Trotz der vielfältigen Ausdifferenzierungen sind die Rahmenbedingungen für stationäre Wohnangebote durch Gesetze und Verträge fest umrissen.

### ***2.1.1 Rahmenbedingungen***

Die seitens der Anbieter zu erbringenden Leistungen im stationären Wohnen sind in den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII und im Landesrahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII formuliert. Diese Vereinbarung regelt neben der personellen auch die räumliche und sächliche Ausstattung sowie die Vergütung der Leistungen.

Die Vergütung im stationären Setting wird nach Leistungstypen (LT) und daran gekoppelte Tagesentgelte berechnet. Diese Leistungstypen sollen sich an Zielgruppen mit definiertem Hilfebedarf orientieren und stellen insofern ein zwar abgestuftes aber letztlich pauschalisiertes Vergütungssystem dar. Die Finanzierung der Leistungen im stationären Wohnen in Anlehnung an die individuellen Hilfebedarfe der BewohnerInnen ist geplant,

die Finanzierungsbasis bilden aber weiterhin die „erstattungsfähigen Gesamtkosten der einzelnen Einrichtung, die im Rahmen der bilateralen Verhandlungen festgesetzt ist“ (Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste (ZPE), 2008, S. 70). Die Leistungsvergütung des stationären Wohnens unterscheidet sich somit von der des ambulanten betreuten Wohnens, in dem statt Tagesentgelte die direkten Kontakte mit den KlientInnen in Form von Fachleistungsstunden abgerechnet werden (vgl. Kapitel 2.2). Zu den Grobzielen, die der Kostenträger für das stationäre Wohnen vorgibt, gehören z.B. Erhalt und Erweiterung der Kommunikationsfähigkeit, Teilnahme am gesellschaftlichen, sportlichen und kulturellen Leben sowie die Ermöglichung von selbstständigeren Lebensformen (vgl. Anlage 23 zum Landesrahmenvertrag für Nordrhein-Westfalen).

### ***2.1.2 Strukturelle Daten***

Am 31.12.2007 existierten in Nordrhein-Westfalen 9622 stationäre Plätze für Menschen mit psychischer Erkrankung (bzw. seelischer Behinderung) gegenüber der Mitte des Jahres 2003, in dem für diese Zielgruppe insgesamt 9427 Plätze vorgehalten wurden. Dies entspricht einer Steigerung der Platzzahl auf 1000 Einwohner von 0,52 auf 0,53 und ist damit relativ stabil (zu allen Zahlen vgl. ZPE, 2008, S. 182). Daten zur Anzahl der Träger des stationären Wohnens stehen weder für alle Zielgruppen, noch für die der psychisch erkrankten Menschen zur Verfügung.

Die Altersstruktur und Geschlechterverteilung stellt sich wie folgt dar (Tab. 1). Den größten Anteil der BewohnerInnen in Wohnheimen für psychisch erkrankte Menschen macht die Altersklasse der 50- bis 64-Jährigen aus, wobei zu beachten ist, dass diese Kategorie eine größere Altersspanne umfasst, als die der Jüngeren. Insgesamt lässt sich aber konstatieren, dass die älteren Bewohner einen höheren Anteil im stationären Wohnen haben.

Personen in stationären Einrichtungen für seelisch behinderte Menschen (NRW)				
Altersklassen in Jahren	absolut	prozentual	Geschlecht	
			(alle)	Prozent
18-29	1.483	15,21	weiblich	40
30-39	1.764	18,09	männlich	60
40-49	2.704	27,72		
50-64	2.820	28,91		
65 und älter	982	10,07		
gesamt	9.753	100,00		
Stichtag 31.12.2007				
Basis: ZPE, 2008, S. 211 f.				
Tab. 1				

## ***2.2 Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung in Nordrhein-Westfalen***

In Nordrhein-Westfalen sind die Leistungen und Rahmenbedingungen für das ambulant betreute Wohnen einerseits durch spezifische Verträge mit den Leistungsträgern klar vom stationären Wohnen abgegrenzt. Andererseits wurden im Zuge der „Hochzoning“ (vgl. Kapitel 1) die Leistungen des ambulant betreuten Wohnens so ausgeweitet, dass sie sich im Umfang an die stationären Wohnhilfen angenähert haben. So verpflichten sich die Leistungserbringer vertraglich, die Betreuung sieben Tage in der Woche und gegebenenfalls auch abends zu gewährleisten (vgl. Leistungs- und Prüfungsvereinbarung, o. J., S. 4). Damit sind frühere Einschränkungen obsolet, bei denen z.B. ein Betreuungsbedarf am Wochenende als Ausschlusskriterium für das ambulant betreute Wohnen gesehen wurde.

### ***2.2.1 Rahmenbedingungen***

Das ambulant betreute Wohnen ist in Nordrhein-Westfalen eine primär aufsuchende Hilfe. Das heißt, die NutzerInnen leben in ihrer eigenen Wohnung oder in einer

Wohngemeinschaft und erhalten Besuch von MitarbeiterInnen des ambulant betreuten Wohnens. Eine Kopplung von Vermietung und Betreuung ist über vertragliche Regelungen mit dem Kostenträger im Rahmen der Leistungs- und Prüfungsvereinbarung (§4) für das ambulant betreute Wohnen ausdrücklich ausgeschlossen. Die Finanzierung der Unterkunft und des Lebensunterhalts ist ebenfalls von der ambulanten wohnbezogenen Hilfe getrennt.<sup>6</sup> Bei bestehendem Anspruch auf Grundsicherungsleistungen sind in der Regel das örtliche Jobcenter (SGB II-Leistungen) oder das Sozialamt (SGB XII-Leistungen) zuständig.

Die Vergütung der Leistungen des ambulant betreuten Wohnens erfolgt in Nordrhein-Westfalen über die Abrechnung von Fachleistungsstunden. Als abrechenbare Zeiten im Rahmen der Fachleistungsstunden gelten Face-to-Face und Ear-to-Ear-Kontakte, also persönliche oder telefonische Kommunikation mit den NutzerInnen. Die Vergütung der Fachleistungsstunde beträgt in beiden Landesteilen (Rheinland und Westfalen-Lippe) zwischen 50 und 60 Euro. Hierin sind neben den erläuterten direkten Betreuungsleistungen auch Kontakte zu Kooperationspartnern wie gesetzlichen BetreuerInnen, ÄrztInnen usw. sowie das Schreiben von Hilfeplänen, die Dokumentation etc. enthalten. Ebenso sind mit dem Fachleistungsstundensatz alle weiteren Kosten wie Verwaltung, Fahrtzeiten zu den NutzerInnen, Büromiete etc. abgegolten.

Die erbrachten direkten Betreuungsleistungen werden dokumentiert und den NutzerInnen jeweils am Ende des Monats zur Gegenkontrolle und Quittierung vorgelegt.

### **2.2.2 Strukturelle Daten**

Das ambulant betreute Wohnen hat in Nordrhein-Westfalen eine Zeit schneller Expansion erlebt. In den Jahren von 2003 bis 2007 stiegen die Platzzahlen für Menschen mit seelischer Behinderung von 6559 auf 15819 (Berechnungsbasis vgl. ZPE, 2008, S. 101 ff.), was einem Zuwachs von über 140 Prozent entspricht. In ganz Nordrhein-Westfalen stieg die Anzahl von Leistungsempfängerinnen pro 1000 Einwohner im ambulanten Wohnbereich von 0,43 (Mitte 2003) auf 0,69 (Ende 2007) (ebd., S. 103).

---

<sup>6</sup> Eine Ausnahme bildet hier die Finanzierung über die Jugendämter, die gelegentlich sowohl Betreuungsleistungen, Unterkunftskosten und Lebensunterhalt übernehmen.

Die Anzahl der vom Kostenträger zugelassenen Dienste des ambulant betreuten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung stieg im Bereich des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe vom 31.12.2005 bis zum 31.07.2007 von 152 auf 242 und im Bereich des Landschaftsverbands Rheinland im Zeitraum vom 30.06.2003 bis zum 31.12.2007 von 100 auf 730 an (vgl. ebd., S. 128, 134). Im Vergleich zu den LeistungsempfängerInnen des stationären Wohnens ist die Altersstruktur im ambulant betreuten Wohnen jünger. Die größte Altersklasse machen hier mit Abstand die 40-49jährigen aus, die 30-39jährigen bilden die zweitgrößte Altersklasse (Tab. 2).

Ein weiterer Unterschied findet sich in der Geschlechterverteilung. Unter den LeistungsempfängerInnen stellen die Frauen mit 51 %, wenn auch nur mit geringem Abstand, gegenüber den Männern die größere Gruppe dar (siehe Tab. 2).

Personen im ambulant betreuten Wohnen für seelisch behinderte Menschen (NRW)				
Altersklassen in Jahren	absolut	prozentual	Geschlecht	
			(alle)	Prozent
18-29	2.786	17,61	weiblich	51
30-39	3.712	23,47	männlich	49
40-49	5.016	31,71		
50-64	3.486	22,04		
65 und älter	819	5,18		
gesamt	15.819	100,00		
Stichtag 31.12.2007				
Basis: ZPE, 2008, S. 210				
Tab. 2				

### ***2.3 Steuerung „Ambulant vor stationär“ durch die Landschaftsverbände***

Die gesetzliche Festschreibung, dass ambulante Leistungen gegenüber den stationären Vorrang haben, wenn dies nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist (§ 13, Absatz 1 SGB XII) wird seit vielen Jahren auf die Formel „ambulant vor stationär“ verkürzt. Diese Formel ist auch Titelgeber eines Projekts des Landschaftsverbands Rheinland (vgl. Landschaftsverband Rheinland, 2008, S. 5). Ziel des Projekts ist die Stärkung und der Ausbau des ambulant betreuten Wohnens innerhalb der wohnbezogenen Hilfen, um so eine weitere Steigerung der Platzzahlen im stationären Bereich zu

unterbinden bzw. die Anzahl sogar zu senken und damit einen weiteren Kostenanstieg zu verhindern (ebd.). Die Wirkungen dieser Maßnahmen sind in den vorherigen Kapiteln bereits genannt. Im folgenden Kapitel sollen die eingesetzten Instrumente, die zu diesen Ergebnissen geführt haben, kurz dargestellt werden.

### ***2.3.1 Instrumente der Steuerung ambulant vor stationär***

Die von den überörtlichen Sozialhilfeträgern in Nordrhein-Westfalen eingesetzten Instrumente zum Ausbau des ambulanten Sektors bei gleichzeitiger Senkung bzw. Stagnation der Anzahl von Wohnheimplätzen lassen sich in finanziell-strukturelle und fachlich-inhaltliche differenzieren.

#### *2.3.1.1 Finanziell-strukturelle Instrumente*

Zu diesen Instrumenten gehört auf der institutionellen Ebene die Rahmenzielvereinbarung mit den Spitzenverbänden der Wohlfahrtspflege, in der diese sich verpflichten, in einem definierten Zeitraum fünf Prozent der Wohnheimplätze „dauerhaft in ambulante Unterstützungsangebote umzuwandeln“ (LVR, 2008, S. 11). Als Anreiz erhielten „die Einrichtungen, die sich mit einer konkreten Zielvereinbarung am Abbau von Heimplätzen und dem Aufbau ambulanter Angebote beteiligen, eine Sonderzahlung in Höhe von 1 % der Summe aus Grund- und Maßnahmepauschale des Referenzjahres 2005“ (LVR, 2009, S. 13). Der Landschaftsverband Rheinland hat Einrichtungen Prämien für abgebaute Plätze gezahlt. Wurde die oben beschriebene Zielvereinbarung bis zum 31.07.2006 unterschrieben, erhielten Einrichtungen für jeden abgebauten Platz eine Sonderzahlung in Höhe von 15.000 Euro, für eine spätere Unterzeichnung lag dieser Betrag bei 10.000 Euro (vgl. Hoffmann-Badache, 2006, S. 5). Insgesamt konnten so bis Ende 2008 pro Landesteil rund 1000 stationäre Wohnplätze abgebaut werden (vgl. Lapp & Flemming, 2009, S. 30), weitere 500 pro Landesteil sollen bis Ende 2011 folgen (vgl. ebd., S. 31).

Mit der Zuständigkeitsverlagerung der wohnbezogenen Eingliederungshilfe von den Kommunen an die Landschaftsverbände wurden die Zulassungsbedingungen für potentielle Anbieter des ambulant betreuten Wohnens erleichtert, wobei hier große Unterschiede bei den an die Dienste gestellten Anforderungen zwischen dem Rheinland und Westfalen-Lippe existieren (vgl. ZPE, 2008, S. 50 ff.). Mit dieser Öffnung gegenüber

neuen Anbietern des ambulant betreuten Wohnens „verband sich das Bestreben, [...] einen erhöhten Wettbewerbsdruck auszulösen“ (ZPE, 2008, S. 50).

Auf der individuellen Ebene der LeistungsempfängerInnen stationärer wohnbezogener Hilfen wurden ebenfalls Anreize dafür geschaffen, den Schritt in ein ambulantes Wohnsetting zu machen. Neben einer Freizeitpauschale von 35 Euro/Monat, die ehemalige WohnheimbewohnerInnen ein Jahr lang im ambulant betreuten Wohnen bekamen,<sup>7</sup> zahlt der Landschaftsverband Rheinland 2000 Euro Starthilfe beim Wohnheimauszug (vgl. ebd., S. 7).

### 2.3.1.2 *Fachlich-inhaltliche Instrumente*

Neben den oben beschriebenen finanziell-strukturellen Instrumenten wurden fachlich-inhaltliche eingesetzt. Insbesondere die Verfahren der individuellen Hilfeplanung „stellen aus Sicht der Landschaftsverbände einen wesentlichen Veränderungsschritt in der Umsteuerung vom stationär geprägten Unterstützungssystem [...] hin zu einem ambulanten [...] dar“ (ZPE, 2008, S. 12). Die AntragstellerInnen sind in diese Hilfeplanung insofern eingebunden, als der inhaltliche Aufbau der formularbasierten Erhebungsinstrumente zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs die Mitarbeit der Menschen mit Behinderung obligatorisch fordert. Ein weiteres Instrument der Hilfeplanung stellen die Hilfeplankonferenzen dar, in denen unter Beteiligung von Fachleuten aus Einrichtungen der wohnbezogenen Hilfen, VertreterInnen des örtlichen Gesundheitsamtes und des überörtlichen Kostenträgers, strittige Hilfepläne nach Möglichkeit mit Beteiligung der AntragstellerInnen erörtert werden (zu den Hilfeplanverfahren in Nordrhein-Westfalen vgl. auch ZPE, 2008, S. 21 ff.). Die VertreterInnen des überörtlichen Sozialhilfeträgers fungieren zudem während des gesamten Hilfeplanprozesses als FallmanagerInnen, deren Zuständigkeit sich an einer regionalen Zuordnung orientiert (vgl. Forschungsgruppe IH-NRW, 2006, S. 165).

Ein weiteres Instrument, das eine zunehmende Ambulantisierung begünstigen soll, ist die Schaffung von Wohnverbänden. Lapp und Flemming (2009) sehen hierin die Möglichkeit

---

<sup>7</sup> Diese Leistung wurde im Jahre 2009 eingestellt und durch eine Finanzierung tagesgestaltender Maßnahmen ersetzt, die aber nicht mehr pauschal gewährt werden, sondern im Rahmen der Hilfeplanung zu prüfen sind.

einer „Flexibilisierung der Übergänge zwischen ambulanten und stationären Angeboten“ (S. 30). Im Rahmen eines Wohnverbundes besteht u.a. die Möglichkeit, Heimplätze „in selbständige Wohnungen und umgekehrt“ umzuwandeln (ebd.), zudem können Leistungen des ambulant betreuten Wohnens im Wohnheim selbst erbracht werden (ebd.).

#### **2.4 *Bewegungen zwischen stationärem und ambulantem Wohnbereich***

Aufgrund der oben geschilderten Maßnahmen kommt es neben weiteren Aspekten, wie der Stagnation des Ausbaus stationärer Angebote, auch zu zunehmenden Wechselbewegungen vom stationären Bereich in den ambulanten. So stieg im Zuständigkeitsgebiet des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe die Anzahl der Personen, die vom stationären ins ambulant betreute Wohnen gewechselt sind von 373 (2005) auf 655 (2007). Im Bereich des LVR nahm die Zahl dieser Wechselfälle im gleichen Zeitraum um 197, von 468 auf 665 Personen zu (vgl. Forschungsgruppe IH-NRW, 2008, S. 199 ff.).<sup>8</sup>

Ein Wechsel vom ambulanten in den stationären Bereich findet dagegen seltener statt und ist nicht Gegenstand dieser Studie. So ist diese Zahl in der Region des LWL zwischen 2005 und 2007 von 159 auf 252 gestiegen, im Bereich des LVR lediglich von 109 auf 148 (ebd.). Knappe (2007) macht auf den Übergangscharakter, den das stationäre Wohnen mittlerweile inne hat, aufmerksam, wenn er schreibt, dass „das Leben im Wohnheim [...] eine vorübergehende Veranstaltung“ (S. 27) sein solle.

#### **2.5 *Kritik am Dogma „ambulant vor stationär“***

Die Forderung nach dem Ausbau und der sozialpolitischen Stärkung ambulanter Wohnformen wird in der Regel sowohl von Seiten der Leistungsträger als auch der Leistungserbringer begrüßt. Der damit verbundene mögliche Abbau von stationären Betten wird von den Leistungserbringern dagegen nicht ohne Skepsis verfolgt und aus fachlicher Sicht kritisiert. Friedrich, Hollingsworth, Hradek, Bruce und Culp (1999) kommen bei der Befragung der NutzerInnen von Wohnformen mit stationärem oder ambulantem Charakter

---

<sup>8</sup> Daten, die die Wechselbewegungen auf der Ebene der einzelnen Zielgruppen (Geistige Behinderung, Seelische Behinderung etc.) darstellen, liegen m.W. nicht vor.

zum dem Ergebnis, dass „clients who expressed their preferences in this study, most preferred the type of housing in which they currently lived“ (512). Dieses Ergebnis kontrastiert nach den AutorInnen zu den Erkenntnissen anderer Studien, in denen NutzerInnen unabhängig von der aktuellen Wohnform möglichst solche bevorzugen in denen sie eine große Selbstständigkeit erleben. Keuner (2006) plädiert für den Erhalt von Heimen, wenn sich diese zu „pädagogisch-therapeutischen Zentren entwickeln“ (S. 12) und weist darauf hin, dass die Zustimmung von Seiten der NutzerInnen zu einer Aufnahme im Wohnheim oft auch die Folge von anderen gescheiterten Lösungsversuchen darstellt (ebd.).

Letztlich wird die Zukunft zeigen, ob ein Heimaufenthalt für einige psychisch erkrankte Menschen zumindest übergangsweise alternativlos ist, oder ob ambulante Konzepte und deren Finanzierung so ausgestaltet und differenziert werden, dass Wohnheime irgendwann der Vergangenheit angehören.

### 3. Forschungsfragen

Der Übergang von einer stationären in eine ambulante Wohnform wirft für die betroffenen Personen wie für MitarbeiterInnen beider Wohnformen vielfältige Fragen auf. Diese reichen von der Einschätzung, worauf bei der Auswahl einer Wohnung und bei den Vorbereitungen des Auszugs besonders zu achten ist, über die richtige Schnittstellenarbeit zwischen MitarbeiterInnen der beiden Wohnformen bis zu der Überlegung, wie der Wechsel der betreuenden Bezugsperson vom Klienten erlebt wird. Die Forschungsfrage berührt somit einen Themenkomplex, unter dem sich weitere Aspekte subsumieren. Ausgehend von der übergeordneten Fragestellung, wie sich der Übergang vom stationären Wohnen ins ambulant betreute Wohnen im Sinne der KlientInnen verbessern ließe, wurden MitarbeiterInnen beider Wohnformen mittels einer Online-Erhebung zu ihren Einschätzungen und Einstellungen bezüglich verschiedener Themenbereiche befragt. Dabei war eine Grundannahme, dass sich die Einschätzungen der MitarbeiterInnen des stationären Bereichs in Teilfragen des BewohnerInnenwechsels von ambulant zu stationär von denen der MitarbeiterInnen aus dem ambulanten Bereich unterscheiden.

Der Fokus der Online-Erhebung lag dabei auf den folgenden Hauptfragen:

1. Wie beurteilen die MitarbeiterInnen aus den beiden Wohnformen aufgrund ihrer Erfahrungen die Bedeutung verschiedener Sorgen und Ängste von KlientInnen bei einem Wechsel vom stationären ins ambulant betreute Wohnen?
2. Wie schätzen die MitarbeiterInnen aus den beiden Wohnformen aufgrund ihrer Erfahrungen verschiedene Aspekte der Wohnungswahl ein?
3. Wie werden verschiedene Vorschläge zu einer möglichen Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen dem stationären und ambulanten Bereich bei der Begleitung eines Wohnformwechsels von den jeweiligen MitarbeiterInnen bewertet?
4. Gibt es Unterschiede zwischen den MitarbeiterInnen in den beiden Tätigkeitsbereichen (ambulant/stationär) bezüglich der Einschätzung des Belastungsausmaßes ihrer Arbeit im Vergleich zum anderen Tätigkeitsbereich.
5. Finden sich neben dem vorwiegenden Tätigkeitsbereich (ambulant/stationär) weitere oder andere Einflussfaktoren auf das Antwortverhalten bei den Fragestellungen 1-4?

Der Online-Befragung von MitarbeiterInnen aus dem Bereich der wohnbezogenen Hilfen war eine qualitative Befragung von drei Menschen mit psychischer Erkrankung zeitlich vorgeschaltet. Diese sind in der Vergangenheit aus dem Wohnheim ins ambulant betreute Wohnen umgezogen. Die im Rahmen eines Leitfadeninterviews gestellten Fragen befassten sich ebenfalls mit den verschiedenen Aspekten des Wohnformwechsels, wobei hier der Fokus auf das Erleben des Wechsels der Bezugsperson, auf die Gewöhnung an die neue Lebenssituation und auf die Unterschiede zwischen dem Wohnen im Wohnheim gegenüber dem im ambulant betreuten Wohnen lag. Die Forschungsfrage lautet also:

6. Wie erleben psychisch erkrankte Menschen den Wechsel vom Wohnheim in das ambulante betreute Wohnen?

Im Folgenden werden zunächst die Durchführung der NutzerInnenbefragung erörtert und ihre Ergebnisse vorgestellt.

#### 4. NutzerInnenbefragung

Die Befragung der NutzerInnen ist qualitativ angelegt gewesen und wurde im Rahmen eines problemzentrierten Leitfadeninterviews durchgeführt. Die Entscheidung, diesen Ansatz zu verwenden, beruht auf der Grundannahme, dass hiermit die Fragestellung „auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen [die] vom Subjekt selbst formuliert [werden], eruiert“ werden kann (vgl. Mayring, 1996, S. 51). Die qualitative Sozialforschung ist „besonders für Forschungsfragen geeignet [...], über die noch wenig bekannt ist oder über die wenig Daten existieren“ (Baur, 2005, S. 235). Während sich vielfältige Studien mit den Erfahrungen von NutzerInnen im stationären (vgl. z.B. Mares, Young, McGuire & Rosenheck, 2002) oder ambulanten Setting (vgl. z.B. Buck & Alexander, 2006; Fakhoury, Priebe & Quraishi, 2005; Dailey et al., 2000; Priebe, Watts, Chase & Matanov, 2005) befassen, ließen sich zum Wohnformwechsel selbst keine Aufsätze in der Fachliteratur finden.<sup>9</sup>

Brown und Lloyd (2002) empfehlen in ihrer Arbeit zur qualitativen Forschung in der Psychiatrie die Verwendung dieser Methoden, um NutzerInnensichtweisen zusammenzutragen und zu vergleichen (S. 351). Qualitative Forschungsansätze eignen sich besonders gut, um individuelle Lebenserfahrungen besser zu verstehen: “Qualitative interviews have the potential to provide more depth to understanding people’s lived experiences, needs, and preferences as well as a richer understanding of their life contexts (Patton, 2002)” (Forschuk, Nelson & Hall, 2006, S. 43).

Crawford und Kessel (1999) weisen einerseits auf die Problematik hin, dass sich durch qualitative Erhebungen nicht die Sichtweisen aller NutzerInnen reflektieren lassen, sie aber andererseits aufgrund der Tiefe und Breite qualitativer Daten einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der NutzerInnen-Perspektive leisten (S. 3).

Die Auswertung der NutzerInnenbefragung erfolgte nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. hierzu Mayring, 1996, S. 91 ff.).

---

<sup>9</sup> In Medline und im Social Sciences Citation Index wurden die Begriffe „supported housing“, „sheltered housing“, „supportive housing“, „residential home“ in verschiedenen Kombinationen verwendet und die Fundstellen inhaltlich auf die Thematik des Übergangs zwischen den Wohnformen gegengelesen.

## ***4.1 Forschungsethik***

Die InterviewpartnerInnen wurden über das Forschungsthema und die Forschungsfrage vor dem Interview aufgeklärt und über den Umgang mit Audio-Aufnahmen, also deren Löschung nach dem Transkribieren und über die Anonymisierung der Transkripte in Bezug auf Personennamen und andere personenbezogene Daten (z.B. Wohnorte) informiert. Die Informanten konnten den Ort des Interviews selbst wählen und auf Wunsch über die Anwesenheit einer Vertrauensperson befinden (zu diesem Vorgehen vgl. auch Dadich & Muir, 2009). Es wurde außerdem auf die Freiwilligkeit des Interviews und der Beantwortung von Einzelfragen hingewiesen. Außerdem erhielten alle Interviewten das Angebot, dass ihnen die Ergebnisse nach der Auswertung zugeschickt werden. Die Interviews wurden pauschal mit 10 Euro im Sinne einer Aufwandsentschädigung vergütet.

## ***4.2 Sampling***

Die Auswahl möglicher InterviewpartnerInnen orientierte sich, vor dem Hintergrund eines selektiven Samplings (vgl. Kluge & Kelle, 2010, S. 50), an der Forschungsfrage. Es wurden Personen in die Untersuchung eingeschlossen, die über ihre eigenen Erfahrungen bzgl. eines Wechsels vom Wohnheim (oder einer Außenwohngruppe) in das ambulant betreute Wohnen berichten konnten. Dieser Wechsel durfte maximal 12 Monate zurückliegen, so dass ein Erinnern an die damalige Situation noch möglich war.

Ein weiteres Einschlussmerkmal war das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, während eine gleichzeitige oder alleinige Suchterkrankung ein Ausschlusskriterium darstellte. Zur Rekrutierung der Interviewpersonen wurden verschiedene Einrichtungen, die sowohl einen stationären Wohnbereich vorhalten als auch ambulant betreutes Wohnen anbieten, entweder per E-Mail oder telefonisch kontaktiert. Die E-Mails enthielten einen Aufruf, in dem MitarbeiterInnen darum gebeten wurden, KlientInnen, die die Einschlusskriterien erfüllen, auf die Befragung aufmerksam zu machen. Im Aufruf wurde bereits auf die Wahrung der Anonymität hingewiesen und mitgeteilt, dass die Interviewten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10 Euro erhalten würden. Insgesamt konnten drei InterviewpartnerInnen gewonnen werden. Die folgende Tabelle (Tab. 3) gibt einige Rahmendaten des Samples wieder:

<b>Demographische Daten der Interviewten</b>	
Wohnort	2 Großstädte, eine >60.000 Einwohner
Geschlecht	2 männlich, 1 weiblich
Auszug aus stationärem Wohnen	alle im März 2010
vorherige Wohnform	2 Wohnheim, 1 Außenwohngruppe
Erkrankung	Schizophrenie
Kinder	alle kinderlos
Dauer stationäres Wohnen vor ambulant	6,5 Jahre, <4,5 Jahre, 5 Jahre
Alter	42, 52, 49
Tab. 3	

Die Informanten erfüllen alle die vorgegebenen Einschlusskriterien und sind in einzelnen Merkmalen wie Alter, Diagnose oder Kinderlosigkeit annähernd homogen. In anderen Eigenschaften unterscheiden sie sich aber wiederum. So hat Herr D. vor dem Eintritt ins ambulant betreute Wohnen in einem halbgeschlossenem Heim rund 50 km vom aktuellen heimatlichen Wohnort entfernt gelebt. Zwei Befragte leben in einer Großstadt, einer am Rande einer Stadt mit etwas über 60.000 Einwohnern.

Die Wohnumgebung selbst unterscheidet sich ebenfalls sehr. Herr W.<sup>10</sup> lebt in einem modernisierten Appartementhaus des psychosozialen Trägers am Stadtrand, direkt neben der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, in der er auch arbeitet. Frau M. hat eine Wohnung über einem trügereigenen Cafe, das direkt im Stadtzentrum ihres Wohnortes liegt. Herr D. wiederum bewohnt eine Wohnung in einem Mehr-Parteien-Altbau in einem Stadtteil einer Ruhrgebiets-Großstadt.

### ***4.3 Durchführung der Befragung***

Die Interviews fanden bei zwei Personen zu Hause statt, ein Interview wurde im Büro des BEWO-Anbieters durchgeführt. Bei zwei Interviews war jeweils eine Mitarbeiterin anwesend, wobei diese sich in einem Fall sehr im Hintergrund hielt, während sie im anderen Fall die Informantin häufig mit weiteren Nachfragen unterstützt hat oder

---

<sup>10</sup> Die verwendeten Initialen bei den Informanten entsprechen nicht den tatsächlichen Anfangsbuchstaben der Nachnamen.

antwortete, wenn die Interviewte die Frage nicht selbst beantworten konnte. Die Interviews dauerten zwischen 25 und 40 Minuten.

#### **4.4 Auswertung**

Die Auswertung der NutzerInnenbefragung erfolgte nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. hierzu Mayring, 1996, S. 91 ff.). Zur Anwendung kam die Methode der typisierenden Strukturierung (vgl. Mayring, 2008, S. 90). Diese sieht die Bestimmung von Ausprägungen vor, die „besonders extrem“ sind, oder von „besonderem theoretischen Interesse“ oder „besonders häufig vorkommen“ (ebd.). Analyseleitend waren hier die besonders extremen und die besonders häufig vorkommenden Ausprägungen.<sup>11</sup> Die Gesprächsbeiträge der anwesenden MitarbeiterInnen (siehe oben) wurden nicht in die Analyse mit eingeschlossen.

#### **4.5 Ergebnisse der NutzerInnenbefragung**

Die Darstellung der Ergebnisse beschränkt sich auf die besonders prägnanten Resultate der NutzerInnenbefragung. Sie basieren auf einer kleinen Fallzahl und sind aufgrund der Anwesenheit von Bezugspersonen bei zwei Interviews insbesondere in Bezug auf Fragen nach der ehemaligen und aktuellen Bezugsperson limitiert. Aus diesem Grund werden hier keine Ergebnisse aus diesem Fragezusammenhang dargestellt.

##### **4.5.1 Finanzielle sowie materielle Unterstützung und Sicherheit**

Obwohl im Interview nicht explizit nach einer finanziellen, sondern nach der Unterstützung seitens des Wohnheims bzw. deren MitarbeiterInnen in der Vorbereitungsphase des Wohnformwechsels gefragt wurde, gaben zwei Interviewte in diesem Zusammenhang die Starthilfe des jeweiligen Landschaftsverbandes an. Herr W. nennt zunächst die Betreuer: „Die haben mich unterstützt beim Auszug“, um dann die finanzielle Starthilfe anzusprechen: „Vom Landschaftsverband habe ich Unterstützung

---

<sup>11</sup> Eine Übersicht der Kategorien und der ihnen zugeordneten Zitate findet sich im Anhang.

bekommen.“ Herr D. äußert sich ähnlich und nennt zunächst den Beistand seitens seiner Bezugspersonen und merkt dann aber auch an: „Und 2000 Euro!“ Browne und Courtney (2005) kommen in ihrer qualitativen Befragung von WohnheimbewohnerInnen zu einem ähnlichen Ergebnis. Insbesondere der finanzielle Aspekt in Bezug auf die Erstausrüstung einer eigenen Wohnung hat für die Interviewten eine große Bedeutung: “For participants living in boarding houses the cost of setting up a flat was an obstacle to achieving their dream of living in their own home” (S. 241 f.).

Auch die Frage nach der Finanzierung der Miete spielt vor einem Auszug eine große Rolle, Herr W., der eine Erwerbsminderungsrente bezieht, wurde im Wohnheim danach gefragt, ob er sich vorstellen könne, eine eigene Wohnung zu bekommen und antwortete darauf: „Ich habe ja gesagt, aber wie hoch ist die Miete?“ In einer Studie von Forchuk, Nelson und Hall (2006) äußert sich eine interviewte Person: „Try to save, say \$1,500 for first and last month’s rent, to try to move, impossible” (S. 48). Auch Schulte-Kemna (2011) betont die Wichtigkeit des bezahlbaren Wohnraums, insbesondere als Alternative zum Wohnheim: “Die Verfügbarkeit von geeignetem Wohnraum ist ein Schlüssel für veränderte Versorgungsstrukturen [...]” (S. 6). Dieser Wohnraum solle individuell für Einzelpersonen nutzbar und für Personen, die auf Grundsicherungsniveau leben, finanzierbar sein (ebd.).

Herr D. spricht im Zusammenhang mit dem eigentlichen Umzugstag die finanzielle Sicherung der ersten Tage, in diesem Fall durch Bargeld, an: „[Der Betreuer] hat mir 100 Euro hiergelassen [...] und eine Woche später habe ich wieder 100 Euro gekriegt.“ Frau M. spricht ebenfalls einen materiellen Aspekt, nämlich den der Ausstattung ihrer neuen Wohnung, an. Hier war ein Einzug noch nicht möglich, weil ein Kühlschrank fehlte: „Ja, ich kann ja nicht in die Wohnung ohne Kühlschrank.“

#### ***4.5.2 Impuls zum Wohnformwechsel***

Nach Plaehn und Bamberger (2009) ist die Phase vor der Entscheidung zu einem Umzug vom Wohnheim in eine eigene Wohnung durch ein „Wechselspiel zwischen Person und Umwelt (Betreuer, Behörden, Angehörige) geprägt. Entweder muss der Umzügler die Umwelt überzeugen, dass er über die nötigen Kompetenzen verfügt, um ausziehen, oder umgekehrt“ (S. 6).

Den ersten Impuls gaben bei zwei der interviewten Personen die WohnheimmitarbeiterInnen, wobei man die Interviewte durch MitarbeiterInnen darüber

informierte, dass eine neue Wohngemeinschaft gegründet worden sei, und ob sie da „nicht hingehen wolle“, während man Herrn W. die Frage stellte, ob er sich vorstellen könne, „eine eigene Wohnung zu bekommen.“ Herr D. wiederum sieht hier seine Schwester als erste Impulsgeberin, die habe ihn „zu sich geholt“. Als Parallele bei allen drei InterviewpartnerInnen zeigt sich, dass die Initiative zum Auszug in der eigenen Erinnerung von außen kam und nicht von den NutzerInnen selbst ausging.

#### ***4.5.3 Vorbereitungszeit auf den Wohnformwechsel***

Die Definition dessen, was als Vorbereitungszeit auf das Wohnen außerhalb des Wohnheims wahrgenommen wird, hat im Erleben der Interviewten einen großen zeitlichen und inhaltlichen Umfang. Nicht die Planungen nach dem Entschluss aus dem Wohnheim auszuziehen werden als Vorbereitungszeit gesehen, sondern die gesamte Wohn- bzw. Betreuungszeit im Wohnheim selbst. Herr D. antwortet auf die Frage nach der Dauer der Vorbereitungszeit: „Die hat viereinhalb Jahre gedauert. Viereinhalb Jahre.“ Dies deckt sich auch mit Plaehn und Bamberger (2009), nach denen die Phase der Entscheidung [zum Wohnheimauszug] [...] langwierig ist und [...] im Prinzip bereits mit dem Einzug in ein Wohnheim“ beginnt (S. 8). Nach Brown und Courtney (2005) wird zudem der Aufenthalt im Wohnheim unter pragmatischen Gesichtspunkten gesehen: „They saw the boarding houses they lived in as serving a purpose“ (S. 239).

#### ***4.5.4 Wohnheimaufenthalt als Ort der Gesundung***

Der Wohnheimaufenthalt wird zudem von zwei Interviewten als Phase der Gesundung interpretiert. Auf die Frage nach der Vorbereitungszeit auf den Wohnformwechsel und was in dieser Zeit zu regeln gewesen sei, spricht Herr D. seine Genesung an: „Ja die Vorbereitung, dass die Psychose geht“. Als Unterstützung in dieser Zeit nennt er „Medikation und Betreuung“. Auch Herr W. spricht im Zusammenhang mit der Vorbereitungszeit den gesundheitlichen Aspekt an: „Da ist es auch schon besser geworden mit meiner Gesundheit und meine Gesundheit ist unheimlich stabil geworden.“

Frau M. sieht ebenfalls in der zurückliegenden Symptomatik ihrer Erkrankung einen wichtigen Hinderungsgrund für ein damals selbständiges Leben: „Also, ich habe mal Stimmen gehört, mit den Stimmen hätte ich das nicht geschafft. Jetzt höre ich keine Stimmen mehr und ich kann jetzt auch besser alleine leben, weil die Stimmen eben weg

sind.“ Interessant ist hier, dass die Interviewten persönliche Geschichten der Gesundung erzählen und in ihren Äußerungen in Teilbereichen den Recovery-Ansatz (vgl. Amering, 2007) bestätigen.

Möglicherweise ist die Bedeutung des Wohnheims als Ort der Gesundung aber auch darauf zurückzuführen, dass hier nicht selten „die medizinische Sicht auf den Patienten im Vordergrund“ steht (Bosshard, Ebert & Laszarus, S. 192). Eine solche Sicht wird bei Keuner (2003) deutlich, wenn er über WohnheimbewohnerInnen schreibt: „Es geht darum, dass die Betroffenen neue, konstruktive Verhaltensmöglichkeiten für sich finden, durch die sie sich in die Lage versetzen, ihr Schicksal in die eigene Hand zu nehmen und *trotz* [Hervorhebung durch den Verfasser] Krankheit ein Leben außerhalb von Wohneinrichtungen zu gestalten“ (S. 13). Während die Interviewten die Befähigung zu einem Leben außerhalb des Wohnheims als eine zunehmende Abwesenheit ihrer psychischen Erkrankungen interpretieren, neigen MitarbeiterInnen anscheinend dazu, diesen Fortschritt als Teilerfolg bei nach wie vor bestehender Erkrankung zu deuten. Ein wichtiges Element des Recovery-Konzepts ist das Prinzip der Hoffnung (Amering, 2007, S. 175 f.). Tsai (2010), der das Ausmaß der Hoffnung von WohnbewohnerInnen und NutzerInnen des ambulanten Wohnens verglichen hat, kommt zu dem Ergebnis, dass sich dieses zwischen den NutzerInnen beider Wohnbereiche nicht unterscheidet.

#### **4.5.5 Freiheit**

Zentrale Elemente in der Bewertung der Unterschiede zwischen ambulant betreutem Wohnen und dem Wohnheim sind die erlebte Freiheit und die geringere Reglementierung des Alltags. Herr D., der in einem halboffenen Wohnheim lebte, fühlt sich im ambulant betreuten Wohnen besser, „man ist dann nicht mehr so eingeschlossen.“ Herr W. betont dies ebenfalls: „da habe ich viel mehr Freiheit“, wie auch Frau M.: „Das ist einfach besser, viel freier und so.“ Dass diese Freiheit für jene InterviewpartnerInnen, die in einem offenem Wohnheim lebten, vor allem die Möglichkeit bedeutet, die eigene Zeit so zu gestalten bzw. einzuteilen, wie dies selbst gewünscht ist, zeigte die Aussage von Frau M.: „Man kann alles alleine machen, es steht keiner hinter einem und sagt: 'Du machst jetzt das und das', sondern dann kann ich auch, wenn ich nach Hause komme und nicht sofort Lust habe irgendwas zu machen in der Wohnung, mich auch erst hinsetzen und dann hinterher machen.“ Auch Herr W. spricht im Kontext von Freiheit von der Möglichkeit, die Dinge

zu tun, die er gerade möchte: „Da kann ich so lange Fernsehen gucken wie ich will oder Musik hören oder wenn es schön ist, draußen sitzen mit einem Klappstuhl.“ Dies deckt sich mit den Ergebnissen von anderen qualitativen Studien:

Living alone offered the freedom to live independently, doing chores and organizing their daily routine around their personal priorities rather [...], This freedom was emphasized by one participant who described how his daily routine was previously restricted by the rigid schedule of the group home. Now that he had his own apartment in supported housing, he could pursue some of the activities he used to enjoy. (Kirsh et al. 2009, S. 33; vgl. hierzu auch Padgett, 2007, S. 1931)

Für Kosmalla (2002) ist diese Freiheit über die Selbstbestimmung zentraler Bestandteil des Wohnens: „Wohnen ist für den Normalbürger der Bereich seines Lebens, in dem er die Tür hinter sich zumacht und geschützt vor Beurteilung und Einmischung seiner Mitmenschen seinem eigenen Zeitplan nachgeht“ (S. 94).

Auch Hansson und Kollegen (2002) berichten beim Vergleich zwischen stationären und ambulanten Wohnformen von ähnlichen Ergebnissen: “They [NutzerInnen im ambulant betreuten Wohnen] also perceived a greater independence in their housing situation, a greater influence, and were more satisfied with their privacy” (S. 348). Die beschriebenen Vorteile des ambulant betreuten Wohnens gegenüber dem stationären Wohnen dürfen aber auch nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Leben im Wohnheim z.B. gegenüber einem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik von NutzerInnen ebenfalls mit einer Zunahme persönlicher Freiheit assoziiert wird (vgl. Flaherty, Flaherty & Parkers, 1977, S. 194). Lütjen (2011) sieht in einem weniger als erwartet wahrgenommenen „Zwang zur Einschränkung“ (S. 25) von WohnheimbewohnerInnen aber auch die Folge eines Arrangements mit der aktuellen Lebenssituation, „zu der man auch wenig Alternativen sieht, und sie deswegen eher weniger kritisch betrachtet“ (ebd.).

## **5. MitarbeiterInnenbefragung**

Die quantitativ angelegte Mitarbeiterbefragung befasst sich unter anderem mit strukturellen Fragen der Einrichtungen, in denen die Befragten arbeiten, mit der Wahrnehmung der MitarbeiterInnen in Bezug auf Sorgen und Ängste der NutzerInnen bei einem Wechsel in das Betreute Wohnen und mit Aspekten der dortigen Wohnumgebung. Außerdem wurden Möglichkeiten der Verbesserung des Wohnformwechsels erfragt und die Einschätzung der eigenen Arbeitsbelastung erhoben. Die MitarbeiterInnenbefragung war der NutzerInnenbefragung zeitlich nachgeschaltet, somit konnten einzelne Erkenntnisse aus der NutzerInnenbefragung mit in die MitarbeiterInnenbefragung einfließen. Hierzu gehört z.B. die Sorge von NutzerInnen, dass sie sich nicht mit MitbewohnerInnen in einer Wohngemeinschaft verstehen könnten.

### ***5.1 Methode und Forschungsethik***

Bei der MitarbeiterInnenbefragung handelte es sich um eine Online-Befragung mit überwiegend geschlossenen Fragen. Ziel der Online-Befragung war es, ein möglichst breites Meinungsbild der Einstellungen von MitarbeiterInnen aus dem stationären und dem ambulant betreuten Wohnen zur Thematik des Wohnformwechsels von KlientInnen zu erfassen. Die Onlinebefragung wurde auf der Plattform [www.studentenforschung.de](http://www.studentenforschung.de) generiert. Auf dieser Plattform besteht die Möglichkeit, neben offenen und geschlossenen Fragen auch Filterfragen zu setzen, die die BefragungsteilnehmerInnen nach bestimmten Kriterien durch verschiedene Fragebogenabschnitte führen. Dem eigentlichen Fragebogen war ein Text vorgeschaltet, in dem das Thema der Untersuchung erläutert und auf die Anonymität sowohl in Bezug auf die Person, als auf die Einrichtung, in der die Befragungsperson jeweils arbeitet, hingewiesen wurde. Für Rückfragen habe ich meine Postanschrift, die Telefonnummer sowie die E-Mail-Adresse angegeben. Der Text enthielt außerdem einen Hinweis darauf, wie lange die Beantwortung des Fragebogens etwa dauern würde.

Die Erhebung wurde in der Zeit vom 13.10.2010 bis zum 29.11.2010 durchgeführt.

### **5.1.1 Sample**

Die TeilnehmerInnen wurden durch E-Mail-Einladungen auf die Befragung aufmerksam gemacht. Für den Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe konnten E-Mail-Adressen der Online-Datenbank von Anbietern für das stationäre und das ambulant betreute Wohnen entnommen und dann nach Möglichkeit personalisiert werden. Die Personalisierung erfolgte mithilfe einer Online-Recherche nach den Leitungspersonen der entsprechenden Einrichtung, mit dem Ziel, die Ausschöpfungsquote zu erhöhen. Die Wirkung dieser Maßnahme wird in der Literatur mit einer bis zu 20% Steigerung der Rücklaufquote angegeben (vgl. Lütters, 2004, S. 62). Die E-Mails enthielten die Bitte, die Befragungs-Einladung an MitarbeiterInnen des stationären und ambulanten Wohnbereichs weiterzuleiten. Im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe wurden insgesamt 163 E-Mails verschickt. Das Vorgehen im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland unterschied sich vom geschilderten Verfahren insofern, als hier das Anschreiben über den Verteiler der Organisation „Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. (AGPR)“ versendet wurde. Insgesamt konnten so ca. 70 AnsprechpartnerInnen erreicht werden.

### **5.1.2 Ausschöpfungsquote bzw. Rücklaufquote**

Die Berechnung der Ausschöpfungsquote ist beim gegebenen Studiendesign problematisch, da nicht die EmpfängerInnen der Befragungseinladungen die potentiellen BefragungsteilnehmerInnen darstellten, sondern deren MitarbeiterInnen. Eine tatsächliche Ausschöpfungsquote müsste die Anzahl der potentiellen BefragungsteilnehmerInnen mit in die Berechnung aufnehmen. Diese ist aber nicht bekannt, so dass die Ausschöpfungsquote nur unter Vorbehalt möglicher Verzerrungen betrachtet werden darf. Insgesamt wurden 233 E-Mail-Einladungen verschickt. Der Rücklauf betrug, legt man die Fragebögen zu Grunde, die zum großen Teil ausgefüllt wurden, 141 Fragebögen, was einer Quote von 60 Prozent entspricht.

### **5.1.3 Methodische Einschränkungen**

In Bezug auf Online-Befragungen allgemein und auf die durchgeführte Befragung im Besonderen ist auf die methodischen Einschränkungen hinzuweisen. So lassen sich darüber, inwieweit sich in der Stichprobe die Grundgesamtheit widerspiegelt, kaum

Aussagen treffen. Die Rekrutierung über eine E-Mail-Einladung führt zu vielfältigen Selektionsprozessen, die nicht kontrolliert werden können (vgl. hierzu auch Blasius & Brandt, 2009, S. 159; Bosnjak, 2003; Welker & Wunsch, 2010).

Es ist davon auszugehen, dass die versendeten Einladungs-E-Mails zunächst von Leitungskräften gelesen wurden, die sich dann z.B. aus ökonomischen Gründen scheuten, die E-Mails an MitarbeiterInnen weiterzuleiten, weil beim Ausfüllen des Fragebogens Personalressourcen gebunden werden. Ein weiterer Selektionseffekt kann dadurch entstehen, dass MitarbeiterInnen keinen Zugang zum E-Mail-System haben, oder die elektronische Kommunikation innerhalb einer Einrichtung vorwiegend über andere IT-Lösungen (z.B. durch ein Nachrichtenportal, das in eine Verwaltungssoftware integriert ist) vollzogen wird. Im Bereich des Landschaftsverbands Rheinland wurden nur wenige Einrichtungen außerhalb der Verteilerliste der „AGPR“ angeschrieben, um Doppelungen zu vermeiden. Die Mitgliedschaft in der AGPR kann aber ebenfalls einen Selektionseffekt im Antwortverhalten der BefragungsteilnehmerInnen begünstigen. Auch ließ sich im gegebenen Studiendesign nicht kontrollieren, ob sich nicht doch Leitungskräfte, die in der beruflichen Praxis mit der Forschungsthematik kaum in Berührung kommen, an der Befragung überproportional beteiligt haben. Es ist außerdem möglich, dass aus einer Einrichtung sehr viele MitarbeiterInnen an der Befragung teilgenommen haben, aus einer anderen Einrichtung aber nur wenige. Dies kann dazu führen, dass Antworttendenzen, die Ausdruck einer spezifischen Unternehmenskultur sind, die Ergebnisse verfälschen.

Es hätte zwar die Möglichkeit zum Vercoden der Fragebogenlinks in den jeweiligen E-Mails bestanden. Hierüber wäre zu ermitteln gewesen, wie viele und welche ausgefüllten Fragebögen von der einzelnen E-Mail aus generiert worden wären. Auf den Einsatz dieses Instrumentes wurde aber bewusst verzichtet, weil damit eine absolute Anonymität der BefragungsteilnehmerInnen nicht mehr gewährleistet gewesen wäre.

## ***5.2 Ergebnisse der MitarbeiterInnenbefragung***

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an den Forschungsfragen, die in Kapitel 3 formuliert wurden. Darüber hinausgehende Ergebnisdarstellungen und solche, die aufgrund ihrer Größe an dieser Stelle den Lesefluss beeinträchtigen würden, sind in Form von Grafiken im Anhang zu finden.

### 5.2.1 Demographische und strukturelle Daten der befragten MitarbeiterInnen

Bei der Erhebung des Alters wurden Antwortkategorien gebildet, um eine Antwortverweigerung aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken der Befragten zu minimieren. Insgesamt haben 118 Personen Angaben zu ihrem Alter gemacht. Auffällig ist zunächst die Tatsache, dass sich unter den Befragten keine Personen unter 20 Jahren befinden (Tab. 4). Ein Grund hierfür könnte darin liegen, dass sowohl im ambulant betreuten Wohnen als auch im stationären Wohnen häufig MitarbeiterInnen eingestellt werden, die durch einen (Fach-)Hochschulabschluss qualifiziert sind und deshalb per se bereits das zwanzigste Lebensjahr überschritten haben. So gaben insgesamt über 70 Prozent der Befragten an, dass sie entweder SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen oder Diplom-PädagogInnen sind (vgl. Tab. 4).

Wie alt sind Sie	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente
jünger als 18 Jahre	0	0	0
18-20 Jahre	0	0	0
21-25 Jahre	4	2,8	3,4
26-35 Jahre	26	18,4	22,0
36-45 Jahre	32	22,7	27,1
46-55 Jahre	39	27,7	33,1
56-64 Jahre	17	12,1	14,4
65 Jahre und älter	0	,0	,0
Gesamt	118	83,7	100,0
Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente
weiblich	77	54,6	64,2
männlich	41	29,1	34,2
keine Antwort	2	1,4	1,7
Gesamt	120	85,1	100,0
Berufliche Qualifikation (Mehrfachantworten)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente
Dipl.- Sozialpädagoge/in	37	----	31,4
Dipl.-Sozialarbeiter/in	35	----	29,7
(Fach-)krankenschwester/-pfleger	19	----	16,1
Dipl.-Pädagoge/in	12	----	10,2
Erzieher/in	12	----	10,2
Ergotherapeut/in	3	----	2,5
Gesamt	118	----	100,0

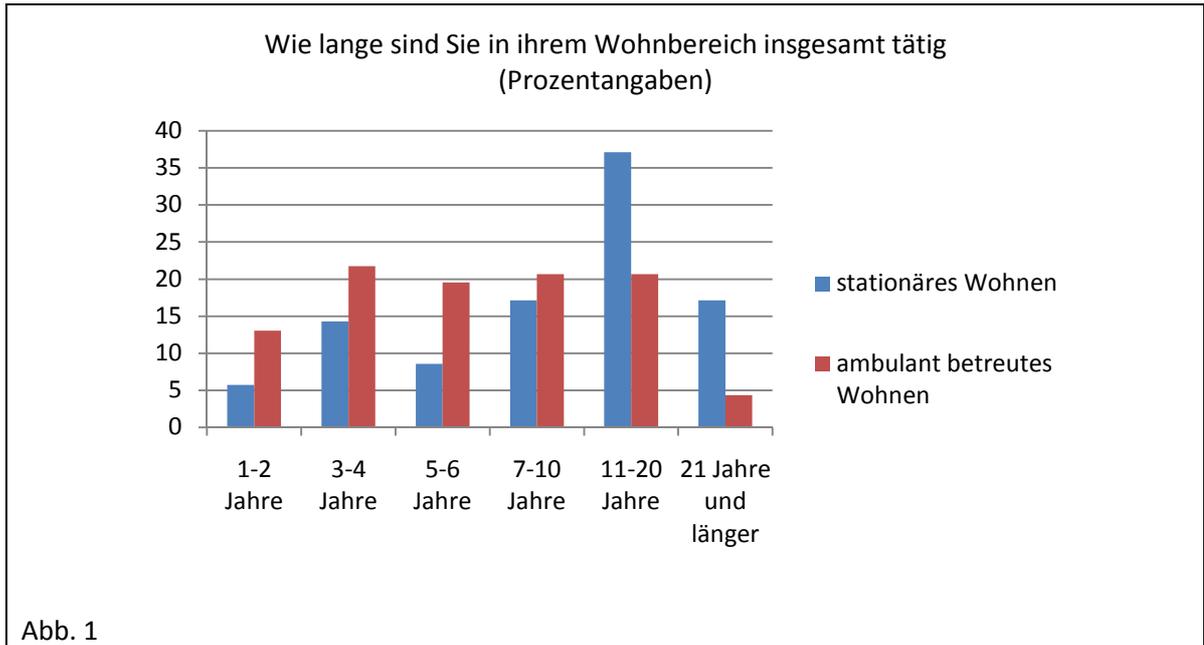
Zuständiger	Landschaftsverband	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente
	Landschaftsverband Westfalen-Lippe	55	39,0	45,8
	Landschaftsverband Rheinland	65	46,1	54,2
	Gesamt	120	85,1	100,0
Haupttätigkeitsbereich		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente
	stationäres Wohnen	40	23,5	28,7
	ambulant betreutes Wohnen	101	59,4	71,6
	Gesamt	141	82,9	100,0
Tab. 4				

Die Frage nach den beruflichen Qualifikationen enthielt die Möglichkeit, eine nicht genannte Qualifikation anzugeben. Bei diesen offenen Antworten sind die HeilpädagogInnen mit sechs Nennungen am häufigsten vertreten.

Die Geschlechterverteilung zugunsten einer höheren Anzahl der weiblichen Respondenten war aufgrund des größeren Anteils von Frauen unter den MitarbeiterInnen im sozialen Bereich zu erwarten. Diese machten im Jahre 2004 unter den DiplomsozialarbeiterInnen und -pädagogInnen (FH) einen Anteil von 71,7 Prozent aus (vgl. Krummacher, 2005, S. 44).

Auffällig ist der im Vergleich zu den MitarbeiterInnen des stationären Wohnens hohe Anteil von BefragungsteilnehmerInnen, die im ambulant betreuten Wohnen arbeiten. Hier darf selbstverständlich nicht der falsche Schluss gezogen werden, dass diese in der Grundgesamtheit ebenfalls eine höhere Präsenz haben. Offizielle Zahlen zur Verteilung der MitarbeiterInnen in den beiden Wohnbereichen existieren nicht. Zwar ließe sich z.B. mittels einer Hochrechnung anhand der bewilligten Fachleistungsstunden auf die Vollzeitstellen im ambulant betreuten Wohnen schließen. Da aber nicht bekannt ist, auf wie viele MitarbeiterInnen sich diese Vollzeitstellen in den Einrichtungen verteilen, können letztlich keine Rückschlüsse bezüglich der tatsächlichen MitarbeiterInnenzahl gezogen werden.

Auffällig ist auch die höhere Präsenz des Landschaftsverbandes Rheinland gegenüber dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe als zuständiger Kostenträger der Befragten. Es wäre der umgekehrte Fall zu erwarten gewesen, weil mehr als doppelt so viele Befragungseinladungen an MitarbeiterInnen von Einrichtungen in Westfalen-Lippe geschickt worden sind, als an jene im Rheinland. Hier hat die Einladung über die AGPR (vgl. Kapitel 5.1.1) gegenüber den Einladungen im Bereich Westfalen-Lippe zu einer höheren Ausschöpfungsquote geführt.



Der Vergleich der Tätigkeitsdauer zeigt, dass jene BefragungsteilnehmerInnen, die überwiegend im stationären Wohnen arbeiten, dort gegenüber denen aus dem ambulanten Bereich viel länger tätig sind.<sup>12</sup> Dieses Ergebnis ist insofern zu erwarten, als der ambulante Wohnbereich in der gemeindepsychiatrischen Landschaft sehr viel jünger ist als die stationären Wohnstrukturen. Eine Subanalyse zeigt zudem, dass MitarbeiterInnen aus dem stationären Bereich, vermutlich im Rahmen der zunehmenden Ambulantisierung (vgl. Kapitel 2.4) in den ambulanten gewechselt sind. Dies gaben insgesamt 37 % der Befragten an, während ein Wechsel in die andere Richtung lediglich von 6,1 Prozent angegeben wird. Zum Teil sind MitarbeiterInnen aber auch in beiden Wohnbereichen tätig. Dies trifft auf 36,4 % derjenigen zu, die überwiegend im ambulant betreuten Wohnen arbeiten, gegenüber 16,3 % bei den MitarbeiterInnen aus dem stationären Bereich. 94,2 % der Einrichtungen, in denen die Befragten arbeiten, bieten ambulant betreutes Wohnen an, 72,7 % haben Wohnheim(e). 57,9 Prozent halten Außenwohngruppen vor und in 11,6 % der Einrichtungen gibt es KlientInnen, die das intensiv betreute Wohnen nutzen. Rund ein Viertel der Befragten arbeiten in einer Einrichtung, deren Angebot ausschließlich aus dem ambulant betreuten Wohnen besteht.

<sup>12</sup> Vgl. hierzu auch die Grafik im Anhang.

### 5.2.2 *Ängste und Sorgen in Verbindung mit dem Wohnformwechsel*

Der Auszug aus dem Wohnheim in das ambulant betreute Wohnen ist einerseits, wenn er von allen Seiten gewollt und unterstützt wird, für die WohnheimbewohnerInnen sicherlich ein positives Ereignis. Andererseits kann dieser Schritt von Ängsten und Sorgen begleitet sein. Dörner (2002) beschreibt dies sehr eindrücklich:

Dann wird man dem Einzelnen nicht genügend gerecht, kann ihn nicht intensiv und persönlich begleiten, kann diese Abgründe von Angst mit dem einzelnen Betroffenen nicht miterleben, mit erleiden. Nur wenn in der Zeit der Entlassung nicht nur der psychisch Kranke, sondern auch der Begleiter, der Freund, nachts nicht gut schläft, dann stimmt die Beziehung. (S. 63)

Nernheim (2003) fordert die stärkere Unterstützung jener HeimbewohnerInnen, die den Wunsch nach einem Umzug ins betreute Wohnen haben, aber große Ängste vor diesem Schritt haben, nicht ohne darauf hinzuweisen, dass „vielfach [...] auch die Mitarbeiter recht unsicher“ seien (S. 149).

Reichstein (2009) beschreibt die Schwierigkeiten für die NutzerInnen zu Beginn des ambulant betreuten Wohnens vor dem Hintergrund von wechselnden Einrichtungserfahrungen: „In den Schilderungen der InterviewpartnerInnen lässt sich gut erkennen, welche große Rolle Angst, Druck und Verunsicherung zu Beginn des ambulant betreuten Wohnens spielen. Gerade für Klienten mit vielen Einrichtungserfahrungen ist jeder Schritt mit Verunsicherung, immer wieder aus den vertrauten Bezügen und der Lebenswelt herauszumüssen, verbunden“ (S. 25). Schulz (2009) berichtet von einem Ambulantisierungsprojekt in Hamburg; „[...] vielen Menschen ist der Umzug nicht leicht gefallen, er brachte große Veränderungen des Alltags mit sich und war mit großen Ängsten und Unsicherheiten verbunden“ (S. 13). Und auch Keupp (2002) nimmt wahr, dass nicht alle Langzeitpatienten vor ihrer Enthospitalisierung ohne Sorgen sind: „sie [die Langzeitpatienten] spürten die Angst vor dem Verlust ihrer vertrauten Wohn- und Lebenssphäre“ (S. 21). Diese Ängste und Sorgen beziehen sich auf verschiedene Lebens- und Unterstützungsbereiche. Im Folgenden werden die Einschätzungen zur Häufigkeit verschiedener Ängste und Sorgen von NutzerInnen im Zusammenhang mit einem

Wohnformwechsel vorgestellt und vor dem Hintergrund weiterer empirischer Studien diskutiert.

#### 5.2.2.1 *Ängste und Sorgen im finanziellen Bereich*

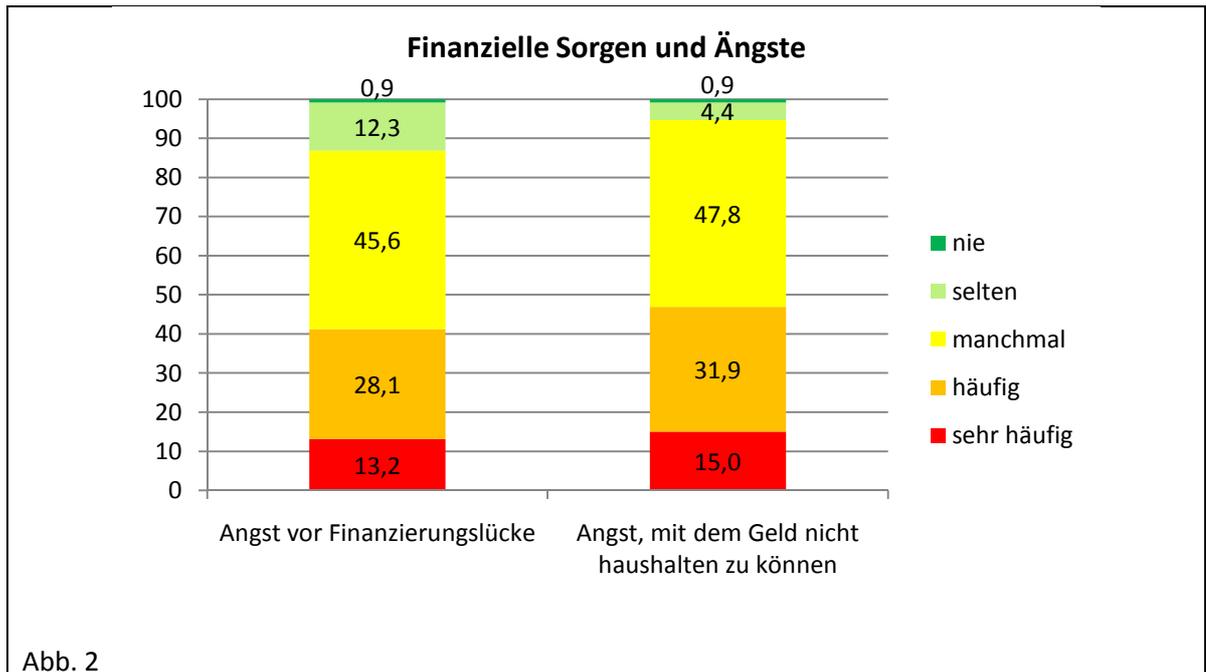
Die qualitative Befragung hat ergeben, dass bei einem Wohnformwechsel finanzielle Ressourcen und mögliche Engpässe für die befragten NutzerInnen eine große Rolle spielen. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben zudem häufig Schwierigkeiten im richtigen Umgang mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln, was sich z.B. darin zeigt, dass das verfügbare Geld nicht für Waren zur Befriedigung der Grundbedürfnisse wie Essen oder Hygiene ausgegeben wird, sondern für andere (vgl. Luchins et al., 1998). Während NutzerInnen in Wohnheimen ein Taschen-, Kleider- und gegebenenfalls Essensgeld erhalten, in der Regel die Grundbedürfnisse aber durch das Wohnheim abgedeckt werden, stellt sich die Situation im ambulanten Wohnen völlig anders dar, weil nun die Verantwortung für das Geld meist alleine bei den NutzerInnen liegt:<sup>13</sup> „Die finanziellen Mittel für das tägliche Leben [soll der Betreute] nicht vom Einrichtungsträger erhalten, sondern [er soll] selbst über sein Einkommen verfügen“ (Leiß & Kallert, 2003, S. 755). Browne (2004) weist darauf hin, dass es Menschen mit schizophrener Erkrankung, die in der Vergangenheit in psychiatrischen Institutionen gelebt haben, häufig schwer fällt, ihr Geld einzuteilen: „For most, finances were a problem because of poor budgeting skills as a result of years of institutionalisation and meagre incomes“ (S. 43).

Daraus resultierende finanzielle Schwierigkeiten dürfen nicht als isoliertes Problem betrachtet werden, denn „Financial problems can also exacerbate other problems“ (Brown, Hemsley & St. John, 2008, S. 407).

Die Unterstützung in finanziellen Angelegenheiten ist somit aus Sicht von NutzerInnen ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Hilfe: „Help with financial matters such as dealing with the social services, housing department and banks was most popular“ (Priebe, Watts, Chase & Matanov, 2005, S. 441).

---

<sup>13</sup> Einschränkung sei hier die gesetzliche Betreuung genannt, die die Eigenverfügbarkeit finanzieller Mittel einschränken kann. Dem hierfür erforderlichen Einwilligungsvorbehalt wurden aber vom Gesetzgeber sehr enge Grenzen gesetzt (vgl. Schneider, Frister & Olzen, 2010, S. 215 ff.).



Die finanziellen Sorgen und Ängste werden von den Befragten häufig wahrgenommen (vgl. Abb. 2). Der Anteil jener, die bei der Frage nach der Angst vor einer Finanzierungslücke die Antwortkategorien „sehr häufig“ und „häufig“ gewählt haben, liegt bei über 40 Prozent. Bei der Frage nach der Angst davor, mit dem Geld nicht haushalten zu können, liegt er bei über 45 Prozent. „Selten“ oder „nie“ wird diese Angst bei lediglich 5,3 Prozent beobachtet, während diese Antwortkategorien bei der Angst vor einer Finanzierungslücke mit 13,2 Prozent etwas häufiger gewählt wurden. Die hohe Bedeutung für die NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens bezüglich der Unterstützung im finanziellen Bereich, die durch die häufig beobachtete Angst davor, mit dem Geld nicht haushalten zu können, zu Tage tritt, deckt sich mit den Ergebnissen einer anderen Studie:

In addition to the concrete services of housing, employment, benefits and medical care, a large proportion of consumers reported an appreciation of and desire for help with money and budgeting. This was particularly true in the responses to questions about what was most helpful over the entire 9-month period. (Buck & Alexander, 2006, S. 475)

Crane-Ross, Roth und Lauber (2000) dagegen fanden heraus, dass hier die Einschätzungen von NutzerInnen und BetreuerInnen insofern signifikant auseinander liegen, als die BetreuerInnen einen sehr vielen höheren Unterstützungsbedarf im Bereich des Haushalts mit Geld sahen, als dies die NutzerInnen taten (S. 171).

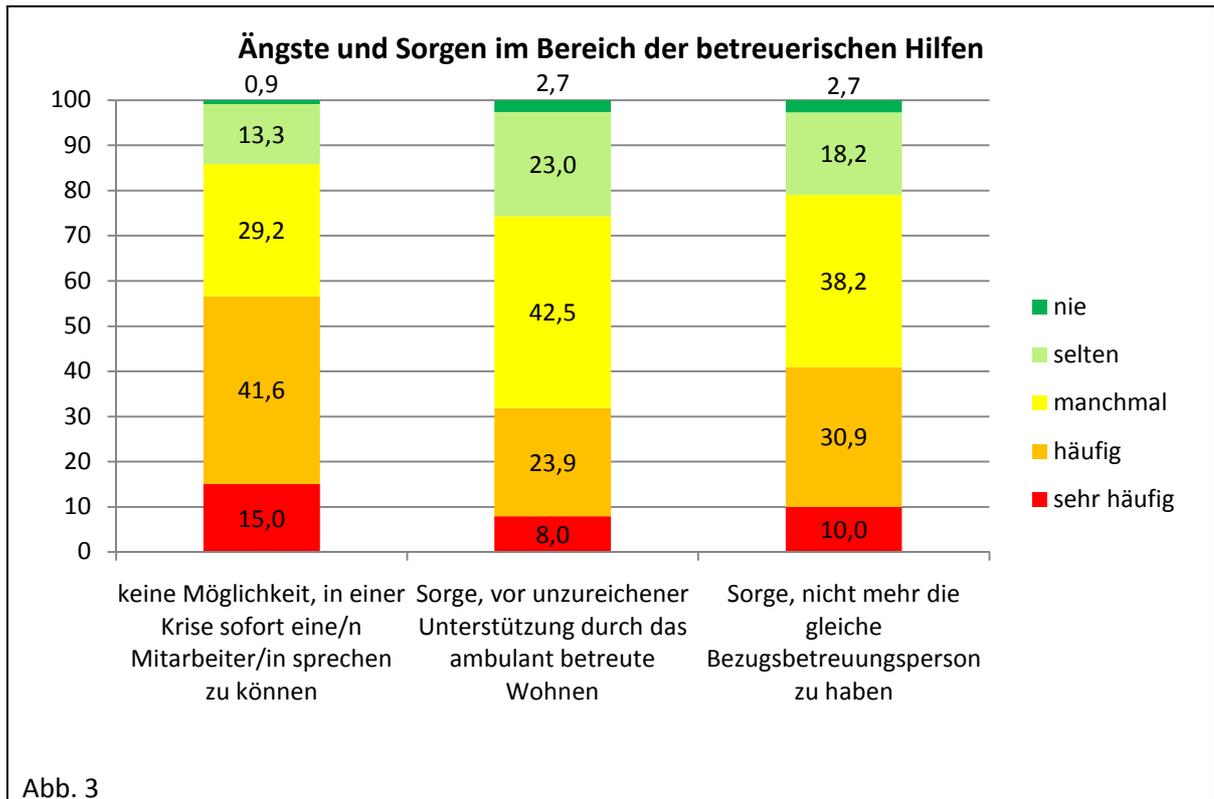
#### 5.2.2.2 *Ängste und Sorgen im Bereich der betreuerischen Hilfen*

Der Wechsel vom Wohnheim oder einer Außenwohngruppe in die eigene Wohnung oder eine Wohngemeinschaft stellt für die NutzerInnen eine große Veränderung im Bereich der betreuerischen Hilfen dar. Als betreuerische Hilfen sind dabei solche zu verstehen, die in der Regel im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens angeboten oder erbracht werden.

Während im Wohnheim oft 24 Stunden am Tag eine Betreuungskraft anwesend ist und in Außenwohngruppen geregelte Präsenzzeiten der MitarbeiterInnen existieren, werden im ambulant betreuten Wohnen meist feste Termine mit den KlientInnen vereinbart. In den Zeiten zwischen diesen Terminen ist, zumindest persönlich, keine Betreuungskraft sofort verfügbar. Büch und Rölke (2008) beschreiben den Wunsch von NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens nach einer Verfügbarkeit auch außerhalb der festen Termine: „Die MitarbeiterInnen sollten möglichst flexibel sein, um in Krisenzeiten den Klienten auch kurzfristig helfen zu können. Die Bereitschaft, auch außerhalb der vereinbarten Termine da zu sein, wenn es notwendig wird, wird als sehr wichtig empfunden“ (S. 14).

Konrad, Schock und Jaeger (2006) schildern die Vorbehalte vieler NutzerInnen auf der Schwelle in den ambulanten Bereich nach langen stationären Wohnaufenthalten: „Abgesehen von wenigen Langzeitpatienten, die immer schon auf die Chance gewartet haben, die Institution verlassen zu können, bestehen erhebliche Ängste, jene Institution zu verlieren, die immer einen gewissen Schutz geboten hat. Der Schutzcharakter [...] ist jedoch nicht objektiv gegeben, sondern scheint sich im Laufe der Jahre und Jahrzehnte mental auf die Klienten zu übertragen“ (S. 168).

Aus Sicht der befragten MitarbeiterInnen werden Ängste und Sorgen im Bereich der betreuerischen Hilfen am häufigsten in Bezug auf die Erreichbarkeit bzw. Verfügbarkeit in Krisensituationen beobachtet. Über die Hälfte der Befragten (56,6%) gab an, diese „sehr häufig“ oder „häufig“ in Verbindung mit einem möglichen Wohnformwechsel wahrzunehmen (vgl. Abb. 3).



Diese Beobachtung der MitarbeiterInnen korrespondiert mit den Erkenntnissen aus Untersuchungen, bei denen NutzerInnen befragt wurden. Forchuk, Nelson und Hall (2006) kommen bei der Auswertung von Fokusgruppeninterviews mit psychisch erkrankten Menschen zu dem Schluss, dass ein Hauptproblem des Lebens in der eigenen Wohnung das Fehlen einer Krisenunterstützung darstellt (S. 48; vgl. hierzu auch Kirsh et al., 2009, S. 5). Van Hoof, van Weeghel und Kroon (2000) konstatieren ebenfalls die Bedeutung einer schnellen Krisenintervention im ambulanten Wohnumfeld: „A range of housing opportunities should be backed by long-term professional support with guaranteed quick and adequate care 'close to home' in times of crises” (S. 216). Kosmalla (2002) sieht in der Struktur des ambulant betreuten Wohnens gegenüber dem Wohnheim den Nachteil der eingeschränkten Möglichkeiten zur Krisenintervention: „Die Arbeit im Betreuten Wohnen findet immer noch mit einer wesentlich geringeren Betreuungsdichte als im stationären Bereich statt. Dies ist [...] vor allem in Krisenzeiten ein Problem“ (S. 103). Andererseits berichten NutzerInnen davon, dass sie im ambulant betreuten Wohnen durchaus in Krisenzeiten zeitnah auf die Hilfe von MitarbeiterInnen zurückgreifen können: „Ja wenn`s mir so richtig dreckig geht, da weiß ich da kann ich immer anrufen. Die kommen dann auch so schnell es geht. Ja auch wenn mal kein Termin vereinbart ist und anrufen, ja das

kann ich da auch immer“ (Büch & Rölke, 2008, S. 14). Reichstein (2009), die wie Büch und Rölke (2008) ebenfalls qualitative Interviews mit NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens durchgeführt hat, spricht im Zusammenhang mit Krisenzeiten von der – seitens der NutzerInnen durchaus als wichtig erachteten – „fürsorglichen Belagerung“, die „eine Halt gebende Struktur“ gewährleiste (S. 27). Krisenintervention ist also nicht ausschließlich als kurzzeitig verfügbarer Kontakt, sondern auch als Haltung auf Seiten der Betreuungsperson zu verstehen, sich über einen punktuellen Kontakt hinaus mehr Zeit für den oder die NutzerIn in der Krise zu nehmen.

Aus Sicht der Befragten machen Befürchtungen, dass die Unterstützung des ambulant betreuten Wohnens unzureichend sein wird, bei den erfragten betreuerischen Hilfen den geringsten Anteil aus. Aber immerhin fast ein Drittel (31,9 %) der BefragungsteilnehmerInnen beobachten diese Sorge „sehr häufig“ oder „häufig“ (vgl. Abb. 3). Andererseits wird diese Sorge von einem Viertel der Befragten (25,7 %) „selten“ oder „nie“ festgestellt.

Etwas häufiger werden Sorgen und Ängste in Verbindung mit einem bevorstehenden Wechsel der Bezugsbetreuungsperson beobachtet. Hier sind es fast 41 Prozent der Respondenten, die diese Sorgen „sehr häufig“ oder „häufig“ identifizieren. Das Bezugsbetreuungssystem hat sich sowohl im stationären Wohnen als auch im ambulant betreuten Wohnen etabliert und ist in Nordrhein-Westfalen im ambulanten Wohnbereich durch Prüfungs- und Leistungsvereinbarungen vorgeschrieben.

So gaben die 100 % der befragten MitarbeiterInnen, die überwiegend im ambulanten Wohnbereich tätig sind an, dass sie nach dem Bezugsbetreuungssystem arbeiten und 97,4 % derjenigen, die überwiegend im stationären Wohnbereich arbeiten. Die Frage, ob NutzerInnen ihre betreuende Bezugsperson nach einem Wohnheimauszug behalten sollten, bejahten 61,1 % der befragten MitarbeiterInnen. Kunze, Krüger, Lorenz und Holke (2009) beschreiben die fremdbestimmten Wechsel von Bezugsbetreuungspersonen im Zuge sich verändernder Hilfebedarfe aufgrund der starren Trennung von stationären und ambulanten Wohnhilfen als problematisch (S. 18, S. 39). Steinmann und Heimler (2003) sehen die Unterbrechung von Beziehungen zu unterstützenden MitarbeiterInnen ebenfalls kritisch: „Das Weiterreichen von Klienten bei verändertem Hilfebedarf ist wenig hilfreich. Es werden damit professionelle Beziehungen wieder abgebrochen und Klientinnen Veränderungen ausgesetzt, die mit enormen zusätzlichen Stressoren verbunden sind“ (S. 20).

In der Literatur werden auch teamorientierte Betreuungskonstellationen z.B. unter dem Aspekt diskutiert, dass hierdurch eine zu große Abhängigkeit von einzelnen Personen verhindert wird (vgl. Stanhope & Matejkowski, 2010, S. 311). Es ließen sich die Ängste und Sorgen minimieren, die mit dem Abbruch einer Bezugsbetreuung einhergehen können: „The advantage for consumers integrating with the team as a whole is that they become less vulnerable to ruptured relationships“ (ebd.). Ein weiterer Vorteil in der teamorientierten Arbeitsweise kann die 24-Stunden-Erreichbarkeit sein, die eine „rapid response to consumer crises“ (ebd., S. 310) erlaubt.

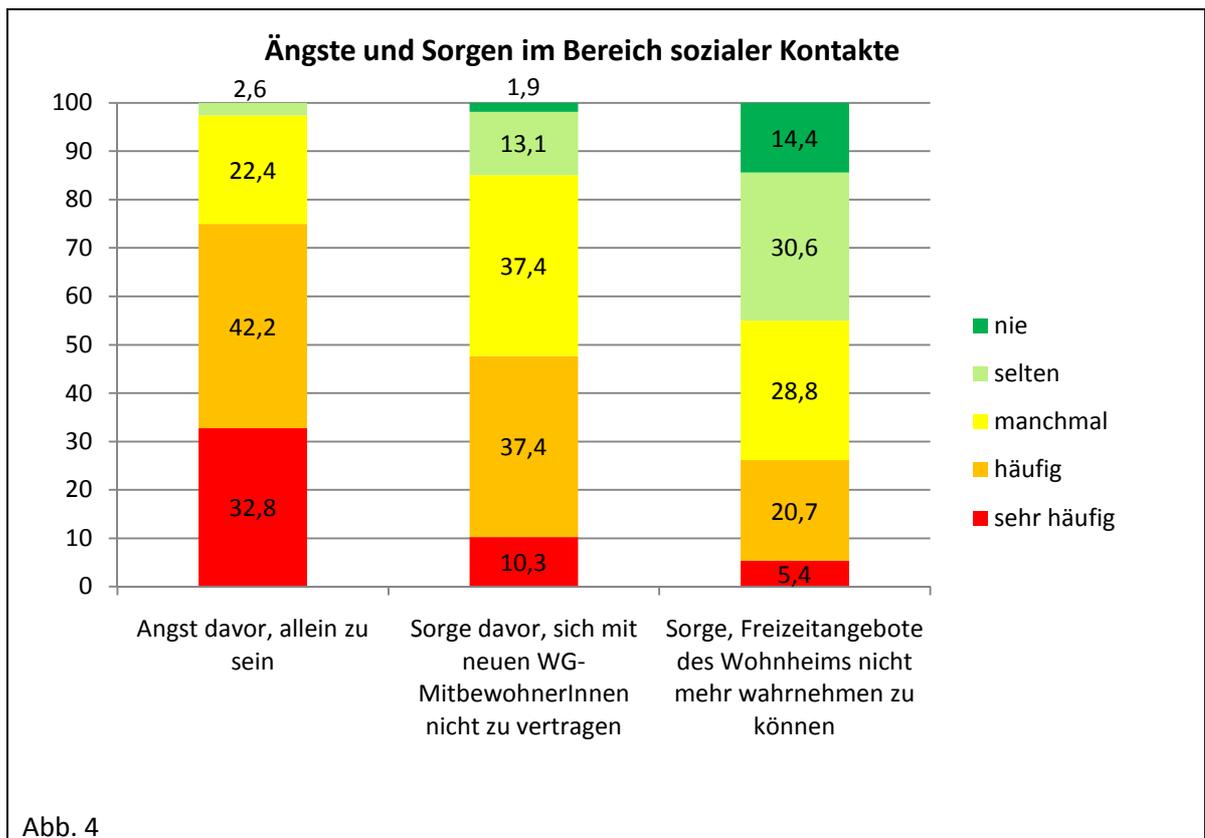
In der Praxis überwiegen aber die Vorteile der Bezugsbetreuung für die KlientInnen (vgl. Brekke, Ansel, Long, Slade & Weinstein, 1999), was sich vor allem im Rahmen von qualitativen Studien zu NutzerInnenwünschen belegen ließ (vgl. hierzu z.B. Buck & Alexander, 2006; Priebe, Watts, Chase & Matanov, 2005).

Die Intensität der Beziehung im Rahmen der Bezugsbetreuung ist nicht zu unterschätzen, kommt sie doch aus Sicht der NutzerInnen fast einer Freundschaft gleich (vgl. Bowers, 1992, S. 69; Buck & Alexander, 2006; Estroff, 1985; Ware, Tugenberg & Dickey, 2004), in der Empathie eine zentrale Rolle spielt (Reynolds & Scott, 1999).

Große Bedeutung hat für NutzerInnen auch der Aspekt, dass ihre Bezugsperson einfach für sie da ist, wenn sie gebraucht wird: „She [die Bezugsbetreuerin] was there for me, not for her job or the system, but because she wanted to be“ (Buck & Alexander, 2006, S. 476). Eine Beendigung dieser Beziehung wird als Verlust erlebt: „I had a great case manager. We’d go for walks and I could tell her anything. I didn’t tell her everything but she made me feel really comfortable and I really missed her when she left“ (Kirsh & Tate, 2006, S. 1061).

### 5.2.2.3 Ängste und Sorgen im Bereich sozialer Kontakte

Ängste und Sorgen im Bereich der sozialen Kontakte kommen aus Sicht der befragten MitarbeiterInnen bei NutzerInnen, die überlegen, aus dem Wohnheim auszuziehen, häufig vor. Vor allem die Angst davor, nach dem Auszug alleine zu sein, spielt hier eine zentrale Rolle. Dreiviertel aller Befragten beobachten diese Angst „sehr häufig“ oder „häufig“, wobei ein Drittel diese „sehr häufig“ wahrnimmt (vgl. Abb. 4).



Verschiedene Vergleichsstudien (Brown, 1996; Gerstein, Bates & Reindl, 1987; Hirschberg, 1985; Lehmann, Ward & Linn, 1982) haben gezeigt, dass soziale Isolation und das Gefühl von Einsamkeit bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung häufiger sind, als in der Allgemeinbevölkerung. Die sozialen Netze sind zudem sehr viel dünner, als dies bei der Allgemeinbevölkerung der Fall ist (vgl. Bosshard, Ebert & Lazarus, 2010, S. 193). Auch qualitative NutzerInnenbefragungen kommen zu dem Schluss, dass Einsamkeit und soziale Isolation ein zentrales Problem von psychisch erkrankten Menschen, insbesondere im ambulanten Wohnsetting, ist: „For consumers in supported housing, there is often a

desire for more social interaction [...] and this feeling of loneliness is a common criticism of the supported housing model [...]“ (Sylvestre, Nelson, Sabloff & Peddle, 2007, S. 131).

Brown und Courtney (2007) betonen, Isolation und Einsamkeit sei bei Menschen mit einer psychotischen Erkrankung keine Randerscheinung: „Loneliness and social isolation is a daily reality for many people with psychotic disorders“ (S. 74) Nach Beebe (2010) erleben Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind und in der Gemeinde leben, häufig auch Einsamkeit in Zeiten der Stabilität.

Erdner, Nyström, Severinsson und Lützén (2002) berichten, dass Einsamkeit für Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung zu weiteren Belastungen führt: „All of the informants reported having voice hallucinations when they failed to alleviate their loneliness“ (S. 459). Ähnliches berichtet auch Klein (2011, im Druck): „So kann bei allein in einer Einzelwohnung wohnenden Menschen mit paranoiden Psychosen die soziale Isolation zu einer Verstärkung der Symptome führen“ (S. 66).

Aus Sicht von Weiner et al. (2010) fungiert unter bestimmten Umständen soziale Isolation aber auch als Eigenschutz: „In such cases, social avoidance or a decrease in social interactions can be experienced as protective“ (S. 390).

Aus der NutzerInnenperspektive gibt es verschiedene Strategien, wie der Gefahr sozialer Isolation in der eigenen Wohnung begegnet werden kann. Won und Salomon (2002) berichten davon, dass NutzerInnen gerne mit Freunden zusammen leben möchten: „[...] consumers expressed their desire to share housing with friends (including friends with mental illness), because of social isolation associated with living alone [...]“ (S. 20). Häufig werden im ambulant betreuten Wohnen aber Plätze in Wohngemeinschaften für NutzerInnen, die aus dem Wohnheim ausziehen, angeboten, in denen sich BewohnerInnen befinden, die den Einziehenden nicht bekannt sind oder die ihm bzw. ihr nicht zwingend freundschaftlich verbunden sind. So beobachtet fast die Hälfte der in dieser Untersuchung befragten MitarbeiterInnen sehr häufig (10,3 %) oder häufig (37,4%) Ängste und Sorgen bei NutzerInnen, die vom Wohnheim in eine betreute Wohngemeinschaft ziehen, davor, sich mit den neuen MitbewohnerInnen nicht zu verstehen (vgl. Abb. 4). In einer Übersichtsarbeit kommt Tanzmann (1993) zu dem Ergebnis, dass in den ausgewerteten Studien jene überwiegen, in denen die befragten NutzerInnen von wohnbezogenen Hilfen es vorziehen, nicht mit anderen NutzerInnen zusammenzuleben (vgl. S. 453). Diesen Wunsch äußert auch Seibt (2002): „Wenn schon Wohngemeinschaften gemacht werden, finde ich es gut, wenn es nicht nur diese Ghetto-WGs sind. Bloß weil ich u.a. eine

psychiatrische Diagnose habe, möchte ich jetzt nicht nur mit Leuten zu tun haben, die psychiatrische Diagnosen haben“ (S. 75).

Neben der Strategie, NutzerInnen Wohngemeinschaften anzubieten, werden auch die Hausbesuche von MitarbeiterInnen des ambulant betreuten Wohnens als Möglichkeit gesehen, das Gefühl der Einsamkeit zu verringern: „However, the professionals who came to their home or whom they met at the clinic eased the loneliness they felt“ (Erdner, Nyström, Severinsson & Lützén, 2002, S. 460). Reichstein (2009) kommt bei der Auswertung ihrer qualitativen NutzerInnbefragung des ambulant betreuten Wohnens zu einem ähnlichen Ergebnis: „So schildern alle Probanden das Isolationsrisiko mit der Gefahr, Probleme nicht anzusprechen, sich gehen zu lassen [...]. Diesen Schwierigkeiten wird aus Sicht der Betroffenen durch den regelmäßigen Besuch des Betreuers begegnet“ (S. 26). Diese Bewältigungsstrategie ist aber nicht unproblematisch, denn „there was often a struggle with having to choose between support and independence, and between loneliness and dependence“ (Forchuk, Nelson & Hall, 2006, S. 46). Dörner (2002) berichtet aber auch, dass bei den enthospitalisierten psychisch erkrankten Menschen in Gütersloh lediglich 10 Prozent der Kontakte durch (gemeinde-)psychiatrische MitarbeiterInnen abgedeckt werden, hingegen 90 % der Kontakte mit Zufallsbürgern stattfinden (S. 60 f.).

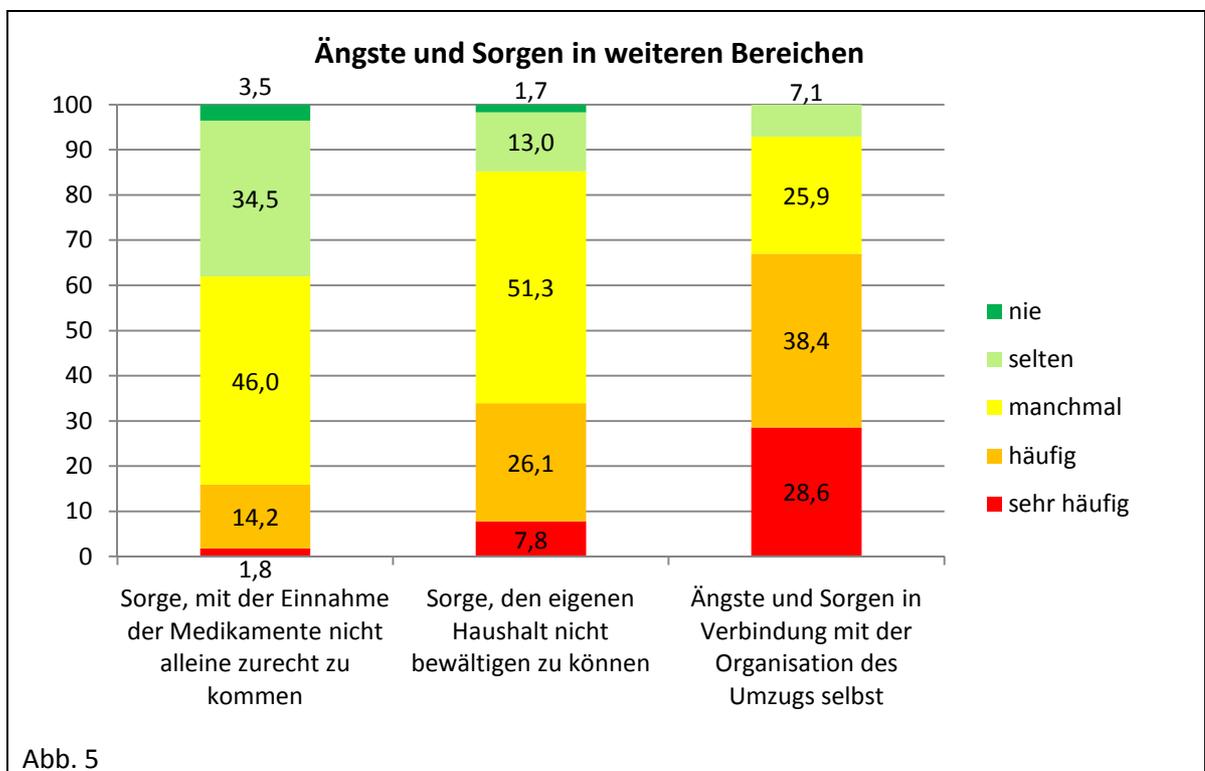
Ein anderer Ansatz zeigt sich in der qualitativen Studie von Plaehn und Bamberger (2009). Zur Frage nach der Phase vor dem Wohnheimauszug berichtet ein Nutzer: „Als erstes bin ich zur Einrichtungsleitung gegangen (...) die haben erst mal geprüft, ob ich dafür fit bin. Die wollten alles Mögliche wissen. Ich musste Pläne führen, wie viele Kontakte ich habe mit Freunden und Bekannten, dass ich also nicht so alleine bin [...]“ (S. 6). Hier wird also im zeitlichen Vorfeld des Wohnheimauszugs bereits erste Sorge dafür getragen, dass es nach dem Auszug nicht zur Isolation kommt.

Vor dem Hintergrund der häufig berichteten Sorge vor dem Allein-Sein ist es zunächst bemerkenswert, dass die Angst, an den Freizeitangeboten des Wohnheims in Zukunft nicht mehr teilnehmen zu dürfen, verhältnismäßig selten durch die Befragten beobachtet wird. Vergleicht man das Antwortverhalten zwischen den MitarbeiterInnen der beiden

Wohnbereiche, wird ersichtlich, dass diese Sorge signifikant höher von WohnheimmitarbeiterInnen eingeschätzt wird.<sup>14</sup>

#### 5.2.2.4 Ängste und Sorgen in weiteren Bereichen

Die Sorge, mit der Einnahme der Medikamente nicht alleine umgehen zu können, wird von den befragten MitarbeiterInnen im Vergleich mit anderen Sorgen und Ängsten nicht sehr häufig wahrgenommen. Weit mehr als ein Drittel (38 %) der Befragten beobachten diese Sorge „selten“ oder „nie“ (vgl. Abb. 5).



Tatsächlich kommt es im ambulant betreuten Wohnen wegen der Einnahme der Medikamente nicht selten zu Konflikten zwischen NutzerInnen und MitarbeiterInnen: „Da soll jemand möglichst selbstbestimmt in seiner Wohnung leben [...] aber nicht die Medikamente willkürlich nehmen, wann und wie es ihm gerade einfällt“ (Schlichte, 2009, S. 69). Herdelin und Scott (1999) konstatieren, dass „patients living in community often

<sup>14</sup>  $\chi^2 = 37,244$  und  $p = 0,000$ ; vgl. hierzu auch die Grafik im Anhang

stops taking medications” (S. 54). Letztlich ist das Stellen, die Vergabe oder die Kontrolle der Medikamenteneinnahme nicht Aufgabe des ambulant betreuten Wohnens, sondern eine SGB-V-Leistung und somit eines gegebenenfalls zu beauftragenden Pflegedienstes. In einer Übersicht von Tanzmann (1993) zeigte sich, dass die Hilfe bei der Einnahme der Medikamente sehr viel häufiger von NutzerInnen als notwendig benannt wird, als dies im Bereich des Haushaltes (Kochen und Einkaufen) der Fall ist (vgl. S. 453).

Ein Drittel (33,9 %) der BefragungsteilnehmerInnen der vorliegenden Studie machen „sehr häufig“ oder „häufig“ bei NutzerInnen vor einem Wohnformwechsel Sorgen in Bezug auf die Bewältigung des eigenen Haushalts aus (Abb. 5). Granerud und Severinsson (2003) kommen in ihrer Studie, in der sie qualitative Interviews mit psychischen erkrankten Menschen nach einem Einzug in die eigene Wohnung durchführten, zu dem Schluss dass „a household assistant and other support persons can, for example, actively help new residents to integrate into their immediate environment [...]“ (S. 610 f.).

Mit über zwei Dritteln gibt eine sehr hohe Anzahl der befragten MitarbeiterInnen an, „sehr häufig“ (28,6 %) oder „häufig“ (38,4 %) Ängste im Zusammenhang mit der Organisation des Umzugs zu beobachten (Abb. 5). Nach Fischer und Fischer (1995) stellt der Wohnortwechsel auch für Menschen ohne psychische Erkrankung ein kritisches Lebensereignis dar. Laut Stippler (2009) schließt die „Veränderung der Wohnumgebung [...] eine Vielzahl von veränderten Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen mit ein“ (S. 76) und „zunächst werden bei der Planung und kurz nach dem Wohnortwechsel vielfältige Aktivitäten notwendig“ (ebd.). Plaehn und Bamberg (2009) definieren den eigentlichen Umzug als eine „sehr kurze und sehr belastende Phase“ (S. 7). Sie schlagen vor, die Wohnung vor dem eigentlichen Umzug fertigzustellen und einzurichten oder die Möglichkeit, nach dem vollzogenen Umzug noch weiter im Wohnheim zu verbleiben (ebd., S. 9) um die Belastung der NutzerInnen zu minimieren. Problematisch ist aber die hierzu notwendige, wenn auch nur kurzfristige Doppelfinanzierung von eigener Wohnung und Wohnheimplatz, die in Regel nicht gegeben ist.

#### 5.2.2.5 *Offene Antworten*

Für die Befragten bestand die Möglichkeit, weitere Ängste und Sorgen, die sie neben den genannten wahrnehmen, zu benennen. Von dieser Möglichkeit machten insgesamt acht

Befragte Gebrauch, wobei einige mehrere Statements abgaben, so dass insgesamt 11 Sorgen bzw. Ängste geäußert wurden (vgl. Tab. 5).

Auswertung der Antworten zur offenen Frage nach Ängsten und Sorgen		
	Anzahl	Prozentualer Anteil
<b>Wohnumgebung / Infrastruktur (4 Nennungen)</b> - Angst vor mangelnder Infrastruktur (Verkehrsanbindung, Einkaufsmöglichkeiten) - Überhaupt eine bezahlbare Wohnung zu finden, die nicht in einm Stadtteil mit "Brennpunkt" liegt. - Zurechtfinden im neuen, ungewohnten Umfeld - Angst vor fehlendem Zugang zu Informationsquellen	4	36,36
<b>Soziale Isolation (3 Nennungen)</b> - Sorge, Langeweile in der eigenen Wohnung zu haben - Sorge vor Isolation - Die Vorstellung, dass niemand da ist, wenn der Betroffene in der eigenen Wohnung wohnt. Das ist was anderes als allein zu sein. Im Wohnheim sind immer Menschen, auch wenn ich keinen Kontakt aufnehme.	3	27,27
<b>Wohnheim als sicheres "Mutterschiff" (2 Nennungen)</b> - Angst, den Heimplatz aufzugeben, ohne zu wissen, ob es klappt - Ängste, wenn es scheitert, nicht zurück ins Wohnheim ziehen zu können.	2	18,18
<b>Freizeit / Tagesstruktur (1 Nennung)</b> - Angst vor Freizeitgestaltungsdefiziten	1	9,09
<b>Unspezifisch (1 Nennung)</b> - allgemeine Angst vor Veränderung	1	9,09
GESAMT	11	100
Tab. 5		

Einige Antworten nehmen die bereits als geschlossenen Fragen thematisierten Ängste und Sorgen auf (Angst vor Isolation) oder differenzieren diese weiter. Ein(e) Befragte(r) weist z.B. darauf hin, dass es für NutzerInnen wichtig sein kann, dass einfach immer jemand „da“ ist, auch wenn nicht aktiv ein sozialer Kontakt gesucht wird. Eine solche Situation lässt sich in einer eigenen Wohnung, selbst in einer Wohngemeinschaft, kaum realisieren. Bemerkenswert ist auch, dass zwei Befragte die Angst vor einer möglicherweise verwehrtten Rückkehr in das Wohnheim erwähnen. Problematisch ist hier wieder die nicht

realisierbare Doppelfinanzierung von Wohnung und Wohnheim. Für Wohnheimplätze existieren in der Regel Wartelisten<sup>15</sup>, d.h. nach dem Auszug einer Nutzerin oder eines Nutzers wird der frei gewordenen Platz sofort wieder belegt. Ein – wenn auch nur zeitlich befristetes – Freihalten des Wohnheimplatzes ist bei der Kalkulation der Tagessätze nicht vorgesehen. Grauenhorst und Steinhart (2011) beschreiben ein alternatives Konzept, in dem nicht das Wohnheim Anlaufpunkt im Falle von Krisen oder des Bedürfnisses, andere NutzerInnen treffen zu können, ist, sondern eine Wohnung in der Nähe der NutzerInnenwohnungen, die sowohl ein Krisenbett als auch Gemeinschaftsräume und ein Büro bereithält.

### 5.2.3 *Wohnumgebung*

Die künftige Wohnumgebung von NutzerInnen, die aus dem Wohnheim ausziehen wollen, spielt eine entscheidende Rolle für deren Lebensqualität (Kyle & Dunn, 2008; Leiß & Kallert, 2003; Weiner et al., 2010) bzw. Lebenszufriedenheit (Nelson, Hall & Walsh-Bowers, 1998). Bei der Auswahl der Wohnumgebung sind verschiedene Faktoren zu beachten. Im Rahmen der MitarbeiterInnenbefragung wurde einerseits nach der Einschätzung der Wichtigkeit dieser Faktoren gefragt, wobei der Fokus auf der räumlichen Dimension liegt, also vor allem der Nähe zu verschiedenen alltagsbezogenen Orten, wie der Praxis des behandelnden Facharztes, den Angehörigen etc. Andererseits sind bei der Auswahl der Wohnumgebung auch die Möglichkeiten zur Überwindung räumlicher Distanzen von Bedeutung, wie z.B. die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr. Die Region oder der Stadtteil als zukünftiger Lebensort steht mit weiteren Umgebungsvariablen in enger Beziehung. So kann z.B. ein Stadtteil im öffentlichen Bild einen guten oder schlechten Ruf haben, überwiegend von Bewohnern mit niedrigem oder höherem Einkommen bewohnt werden etc.

Die Auswahl einer geeigneten Wohnung für NutzerInnen der Gemeindepsychiatrie allgemein und für jene, die einen Wohnformwechsel in Richtung einer ambulanten Wohnform vollziehen möchten im Besonderen, ist aufgrund der vielen zu beachtenden

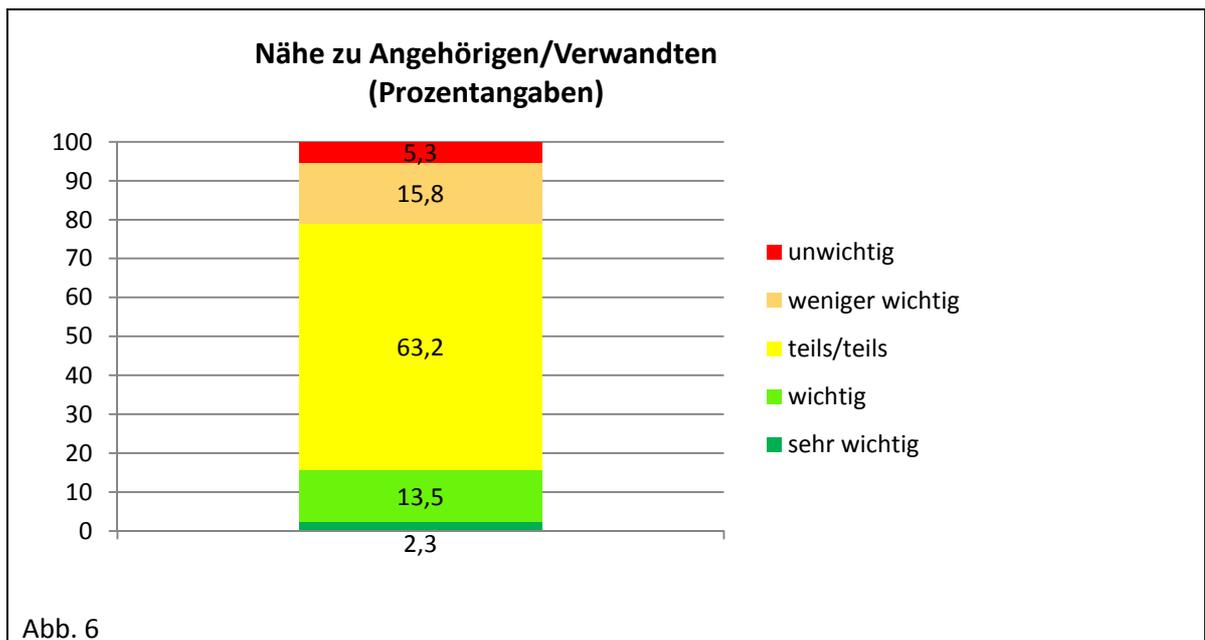
---

<sup>15</sup> Für Nordrhein-Westfalen existieren keine Statistiken oder andere offizielle Daten zu Wartelisten für Wohnheimplätze. Sie sind aber Teil gemeindepsychiatrischer Alltagsempirie (vgl. hierzu auch Bütt & Schmitt-Häfer, 2010, S. 247; Franz, Meyer, Dubowy, Hanewald & Gallhofer, 2010, S. 242).

Faktoren nicht banal und bedarf in der Regel der Unterstützung durch MitarbeiterInnen. Peace und Kell (2001) zählen deshalb die „assistance to make 'wise housing choice“ (S. 102) mit zu den Aufgaben gemeindepsychiatrischer Arbeit. Hierbei darf aber auch nicht unterschätzt werden, dass Bedürfnisse, die NutzerInnen für sich sehen, sich nicht zwangsläufig mit jenen decken, die gemeindepsychiatrische MitarbeiterInnen wahrnehmen (vgl. Habermann, Grausgruber, Grausgruber, Ortmaier & Schöny, 2006; Hansson et al., 2001).

### 5.2.3.1 Wohnnähe zu Angehörigen und Verwandten

Die Wohnnähe zu Angehörigen bzw. Verwandten wird von nur 15,8 % der Befragten als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ eingeschätzt. Ein größerer Anteil (21,1 %) findet diesen Wohnfaktor „weniger wichtig“ oder „unwichtig“ (vgl. Abb. 6).



Auffällig ist hier ein sehr großer Anteil von Respondenten, der diese Frage mit „teils/teils“ beantwortet hat. Hierfür kommen verschiedene Erklärungen in Betracht. Zum einen ist die Fragestellung nicht sehr trennscharf gewählt worden, weil zwischen Angehörigen und Verwandten ein großer Unterschied besteht. Im amtlichen Sinne ist ein Angehöriger in der Regel verwandt oder verschwägert in gerader Linie, d.h. es handelt sich um nähere Verwandte, aber auch z.B. um LebenspartnerInnen (vgl. StGB § 11a). Verwandte dagegen können auch Personen sein, die nicht dem näheren sozialen Umfeld von NutzerInnen

angehören. Möglicherweise haben jene Befragten, die die Antwortkategorie „teils/teils“ gewählt haben, dadurch versucht, zwischen Angehörigen und Verwandten zu differenzieren. Eine andere Erklärung könnte darin liegen, dass man bei jenen NutzerInnen, deren Angehörige bzw. Verwandte in der Region leben, versucht, für diese Wohnraum in der räumlichen Nähe zu ihren Angehörigen zu finden, aber dieser Aspekt bei weiter entfernt lebenden Verwandten keine Rolle spielt. Eine dritte Möglichkeit der Deutung dieses Antwortverhaltens kann insofern in einer weiteren Differenzierung liegen, als man bei NutzerInnen, die bereits in der Zeit vor einem Auszug Kontakt zu ihren Angehörigen haben, deren zukünftige Wohnnähe zu diesen Verwandten berücksichtigt. Aselmeier, Stamm, Weinbach und Wissel (2007) berichten in ihrer Studie zum ambulanten betreuten Wohnen in ausgesuchten Projektregionen in Nordrhein-Westfalen davon, dass viele NutzerInnen „keinerlei familiäre Anbindung mehr“ (S. 44) hätten. Als Gründe werden hier das Nicht-Können oder -Wollen der Angehörigen genannt, aber auch die ablehnende Haltung der NutzerInnen gegenüber Kontakten zu Angehörigen. Bengtsson-Tops und Hanssen (2001) kommen in ihrer Untersuchung in Schweden zu den sozialen Kontakten von Menschen mit schizophrener Erkrankung in ambulanten Wohnformen zu dem Ergebnis, dass bei jenen Befragten, die Kontakt zu unterstützenden Verwandten haben, bei 52 % diese Unterstützung von der Primärfamilie ausgeht (vgl. S. 72). Fisher und Tessler (1986) stellten fest, dass das Engagement der Familie in Bezug auf NutzerInnen in stationären Wohnsettings mit der räumlichen Distanz sinkt. Laut Sommers (1989) gibt es außerdem einen Zusammenhang zwischen dem Charakter der Wohnumgebung von NutzerInnen und der Bereitschaft, Unterstützung der Familie anzunehmen. Diesbezüglich sind NutzerInnen mit einer ländlichen Wohnumgebung und solche, die in Vorstädten leben, im Gegensatz zu jenen, die in städtischer Umgebung leben, gegenüber der Hilfe durch die Familie weniger aufgeschlossen (S. 140).

Der Kontakt zur näheren und erweiterten Familie ist für einen Teil psychisch erkrankter Menschen grundsätzlich wichtig für das Gefühl, dazuzugehören (Granerud & Severinsson, 2003, S. 607).

Smith, Greenberg und Seltzer (2007) haben sich mit dem Verhältnis von nicht erkrankten Geschwistern zu schizophren erkrankten Geschwistern beschäftigt. Die Ergebnisse sind insofern ermutigend, als dreiviertel der gesunden Geschwister angaben, dass sie wahrscheinlich oder sicher ihren erkrankten Geschwistern helfen werden, wenn diese in

Zukunft somatisch erkranken (S. 33) und dass sie außerdem grundsätzlich mit ihnen zum Essen oder ins Kino ausgehen würden.

In derselben Studie zeigt sich außerdem ein Zusammenhang zwischen der familiären Bindung und der räumlichen Distanz, die zwischen den nicht erkrankten und erkrankten Geschwistern liegt. Geschwister, die näher wohnen „expressed greater confidence that they would provide their brother or sister with emotional support than those who lived at a distance“ (S. 34; vgl. hierzu auch Hatfield & Lefley, 2005). Schmid, Spießl und Cording (2005) referieren in ihrer Übersichtsarbeit zur Situation des Geschwisters psychisch Erkrankter u.a. die Ergebnisse von Horwitz (1993): „49% [der befragten nicht erkrankten Geschwister] wünschten sich mehr Kontakt mit dem erkrankten Geschwister, wobei 2/3 dieser Geschwister keine Stunde von dem erkrankten Geschwister entfernt wohnten“ (S. 738).

Zwei Drittel rechnen damit, dass sie ihrem Bruder oder ihrer Schwester beim Verwalten von Geld helfen würden und über 40 Prozent würden bei Haushaltstätigkeiten helfen oder auf die Einnahme von Medikamenten achten (ebd.). Bei der Bereitschaft, einem erkrankten Geschwister zu helfen, spielt auch die Lebensphase eine Rolle, in der sich das gesunde Geschwister bei Ausbruch der Schizophrenie befunden hat. Liegt der Erkrankungsausbruch in der Kindheit des nicht erkrankten Geschwisters, so ist dieses eher bereit zu helfen (ebd.). Verheiratete Geschwister erwarten von sich eher, dass sie auch emotionale Unterstützung geben können als unverheiratete (ebd. S. 34). Wohnen die Geschwister in räumlicher Nähe, gehen die gesunden Geschwister eher davon aus, dass sie sowohl instrumentelle als auch emotionale Unterstützung anbieten können (ebd.).

Eine weitere Studie von Smith und Greenberg (2007) belegt den positiven Effekt auf die Lebenszufriedenheit, wenn die nicht erkrankten Geschwister ihre Beziehung zum erkrankten als eine enge und gegenseitig unterstützende bezeichnen (S. 1223). Verwandte erleichtern außerdem manchmal die Selbstakzeptanz der Erkrankung (vgl. Priebe, Watts, Chase & Matanov, 2005, S. 439).

Andererseits besteht nach Solomon und Drain (1995) eine Wechselwirkung zwischen der zeitlichen Intensität der Betreuungskontakte und der Zufriedenheit von NutzerInnen mit ihren familiären Beziehungen. Diese Zufriedenheit sinkt mit zunehmender Häufigkeit der Kontakte zu den professionellen HelferInnen, wobei die AutorInnen die Richtung dieser Wechselwirkung nicht eindeutig bestimmen können: Entweder kompensieren die häufigeren Kontakte zu den MitarbeiterInnen fehlende familiäre Beziehungen, oder die

Betreuungsintensität wirkt sich auf die familiären Beziehungen aus. Angell und Mahony (2007), die in ihrer Untersuchung Fallverantwortliche im ambulanten Wohnbereich unter anderem nach ihrem professionellen Selbstverständnis gefragt haben, konstatieren Auswirkungen des familiären Charakters der Betreuungsbeziehung auf die Fallverantwortlichen: „Case managers often describe this familial bonding [zu den NutzerInnen] in positive terms and say that they experience it as gratifying because it helps them feel effective in supporting the client“ (S. 183). Konrad und Jäger (2011) sprechen diese Rollenverschiebung ebenfalls an: „Die [professionelle] Bezugsperson ist jemand, der den Klienten langfristig betreut und in der Folge eher in die Rolle eines Angehörigen gerät als in die des Therapeuten“ (S. 20).

Die Untersuchung von Friedrich, Hollingsworth, Hradek, Bruce und Culp (1999) deutet an, dass sich Angehörige von NutzerInnen, die in einem stationären Setting leben, gegenüber ambulanten Wohnsettings eher skeptisch zeigen: „[...] if their ill relative was already living in a group setting, they were significantly more likely to prefer a group setting to the other two options“<sup>16</sup> (S. 512).

Insbesondere dann, wenn eine Platzierung im Wohnheim in großer Entfernung zu den ursprünglichen Lebensbezügen stattgefunden hat, sollte der Aspekt eines Rückzugs in die Nähe der Verwandten thematisiert werden. Im Rahmen der qualitativen Interviews für diese Arbeit betonte Herr D., der rund 50 Kilometer entfernt von seiner Heimat im Wohnheim lebte, mehrmals, dass ihn seine Schwester nach dem Wohnheimauszug zu sich zurückgeholt habe.

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten positiven Bedeutung der Familienmitglieder für die Unterstützung der erkrankten Angehörigen sowie der nicht selten vorhandenen Bindungen, sollten WohnheimmitarbeiterInnen bei einem geplanten Auszug von NutzerInnen diese auch nach dem Wunsch einer Einbeziehung von Angehörigen in diesen Prozess fragen. Mögliche Vorbehalte gegenüber dem ambulanten Betreuungssetting müssen dabei ernst genommen und thematisiert werden. Die Teilhabe von Angehörigen,

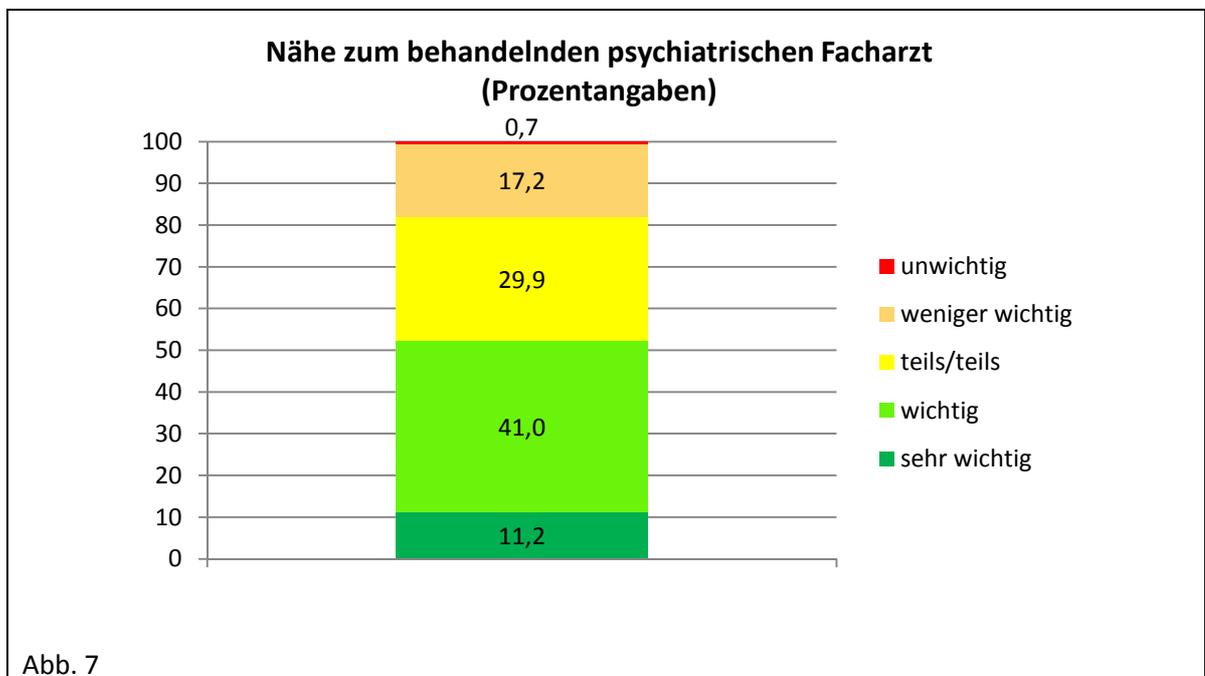
---

<sup>16</sup> Bei den anderen Optionen handelt es sich um „supported housing with on-site staff visits“ und „apartments or homes with no on-site professional services“ (Friedrich, Hollingsworth, Hradek, Bruce & Culp, 1999, S. 511).

z.B. an der aktiven Mitgestaltung des Hilfeprozesses – falls dies von Seiten der jeweiligen WohnheimnutzerInnen erwünscht ist – wie sie z.B. im skandinavischen Raum im Rahmen systemischer gemeindepsychiatrischer Arbeit bereits weit verbreitet ist (vgl. Aderhold & Greve, 2010; Seikkula, 2002), kann hier für alle Seiten bereichernd sein.

### 5.2.3.2 Nähe zum behandelnden Facharzt

Die (Wohn-)nähe zum behandelnden psychiatrischen Facharzt wird von über der Hälfte (52,2 %) der befragten MitarbeiterInnen als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ erachtet. Nicht ganz ein Fünftel (17,9 %) schätzen dies als „weniger wichtig“ oder „unwichtig“ ein (vgl. Abb.7).



Grundsätzlich hängt die Bedeutung der Wohnnähe zum behandelnden Facharzt sehr von den individuellen Umständen der zukünftigen NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens ab. So kann z.B. für NutzerInnen, die in einer ländlichen Region mit schlechter Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr leben, das Aufsuchen des Facharztes ein fast unüberbrückbares Hindernis darstellen. Selbst bei einer guten Verkehrsanbindung stehen bei einer nicht fußläufigen Entfernung die Kosten für den öffentlichen Nahverkehr einem regelmäßigen Arztbesuch womöglich entgegen oder es werden aufgrund von sozialen Ängsten Bus oder Bahn nicht genutzt.

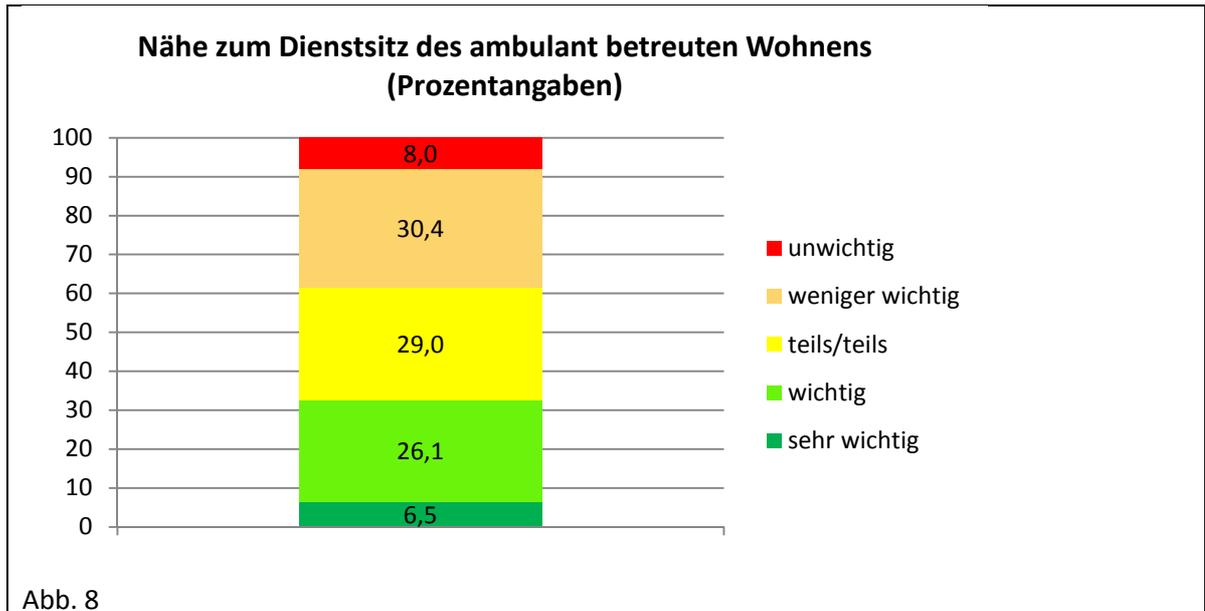
In der Literatur finden sich wenige Studien zum Zusammenhang zwischen der Entfernung zur zuständigen fachärztlichen Praxis bzw. zum ambulanten medizinisch-psychiatrischen Versorgungssystem (Institutsambulanz), die Rückschlüsse auf die Bedeutung des Wohnungsstandortes ziehen lassen. Lediglich im Kontext der Akutbehandlung und der stationären klinischen Versorgung gibt es Untersuchungen, die sich mit der örtlichen Verfügbarkeit befassen. Bürgy und Häfner-Ranabauer (1998) untersuchten in ihrer Studie u.a. die Abhängigkeit der Kontaktanzahl zum psychiatrischen Notfalldienst von der räumlichen Distanz bzw. Fahrtzeiten zum Wohnort der PatientInnen. Sie kommen zumindest für die Notfallversorgung psychiatrischer PatientInnen zu dem Ergebnis, dass „even small differences in time-related distance seem to influence the inclination of helpseeking persons to utilize the emergency service“ (S. 566). In der Untersuchung von Gautier, Spycher und Andreae (2010) zeigt sich ein positiver Effekt der Ansiedlung einer Akutstation – die sich vormals im ländlichen Raum befand – im städtischen Umfeld auf die PatientInnenzufriedenheit.

Aselmeier, Stamm, Weinbach und Wissel (2007) haben bei einer Befragung von MitarbeiterInnen des ambulant betreuten Wohnens erfahren, dass diese zum Teil Wert darauf legen, NutzerInnen „möglichst in Wohnungen 'anzusiedeln', die in der Nähe eines psychiatrischen Fachkrankenhauses liegen, so dass der Zugang zur Klinik schnell möglich ist“ (S. 37).

Das Augenmerk sollte bei der Wohnungswahl somit nicht alleine auf die räumliche Distanz, sondern vor allem auf die Zeit, die benötigt wird, um psychiatrische Hilfe aufzusuchen, gerichtet werden. Diese darf aber nicht isoliert von anderen Faktoren wie dem sozioökonomischen Status (vgl. Shannon, Bashshur & Lovett, 1986; Utsumi, Jitsunari, Asakawa, Gotoh & Manabe, 1990), der Diagnose (vgl. Shannon, Bashshur & Lovett, 1986) oder der Sorge vor Stigmatisierung (vgl. Watanabe & Fujita, 2003) gesehen werden, die ebenfalls eine Rolle beim Aufsuchverhalten zur Wahrnehmung psychiatrischer Hilfen spielen. Bei der gemeinsamen Wohnungssuche sollten diese einzelnen Faktoren also ebenfalls mit den NutzerInnen besprochen werden und Berücksichtigung finden.

### 5.2.3.3 Wohnnähe zum Dienstsitz des ambulant betreuten Wohnens

Die Nähe zum Dienstsitz des ambulant betreuten Wohnens wird von annähernd einem Drittel (32,6 %) der Befragten als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ beurteilt (vgl. Abb. 8). Dem stehen 38,4 % gegenüber, die dies als „weniger wichtig“ oder „unwichtig“ erachten.



Beim ambulant betreuten Wohnen handelt es sich um eine Hilfe, die als „aufsuchende Betreuung in der Wohnung des Klienten erfolgt“ (Stücker, 2010, S. 3). Der Standort der Wohnung von NutzerInnen spielt also insofern eine Rolle, als für die Dienste z.B. die Länge und Dauer der Anfahrtswege von der Entfernung der Wohnung abhängt, was sich wiederum wirtschaftlich auf die Dienste auswirken kann (vgl. Aselmeier, Stamm, Weinbach & Wissel, 2007, S. 64, S. 37). Bei größeren Trägern sind die Büroräumlichkeiten und der Dienstsitz des ambulant betreuten Wohnens in unmittelbarer Nähe zu Sozialpsychiatrischen Zentren oder Kontakt- und Beratungsstellen angesiedelt. Möglicherweise spielte dies bei jenen BefragungsteilnehmerInnen eine Rolle, die die Nähe des Dienstsitzes zu den KlientInnen als (sehr) wichtig erachteten. Hier wäre das zentrale Motiv also nicht die gute persönliche Erreichbarkeit der Diensträume des ambulant betreuten Wohnens, sondern eigentlich die des Sozialpsychiatrischen Zentrums.

Problematisch kann eine größere Distanz zwischen Dienstsitz und Wohnsitz der NutzerInnen aber auch sein, weil diese die „Möglichkeiten der Krisenintervention

einschränke“ (ebd., S. 37). Aselmeier und Kollegen (2007) konstatieren, dass sich die Wohnungen von NutzerInnen „in bestimmten Gebieten in der Nähe des Trägersitzes“ (S. 37) konzentrieren aber auch, dass dies u.a. damit zusammenhängt, „dass die Nutzer/innen die gegenseitige Nähe suchen und dahin ziehen möchten, wo sie jemanden kennen“ (ebd.). Schulz (2009) beschreibt die „Zwiebel-Methode“, d.h. NutzerInnen ziehen um eine intensiv betreute Wohngemeinschaft herum ein, wobei die Wohnnähe zum Haupthaus mit sinkendem Betreuungsbedarf abnimmt (S. 12).

Kardorff (2003) warnt in diesem Zusammenhang aber auch vor der Bildung ambulanter Gettos und der Schaffung einer „Parallelwelt“ (S. 303).

#### 5.2.3.4 *Nähe zum ehemaligen Wohnheim*

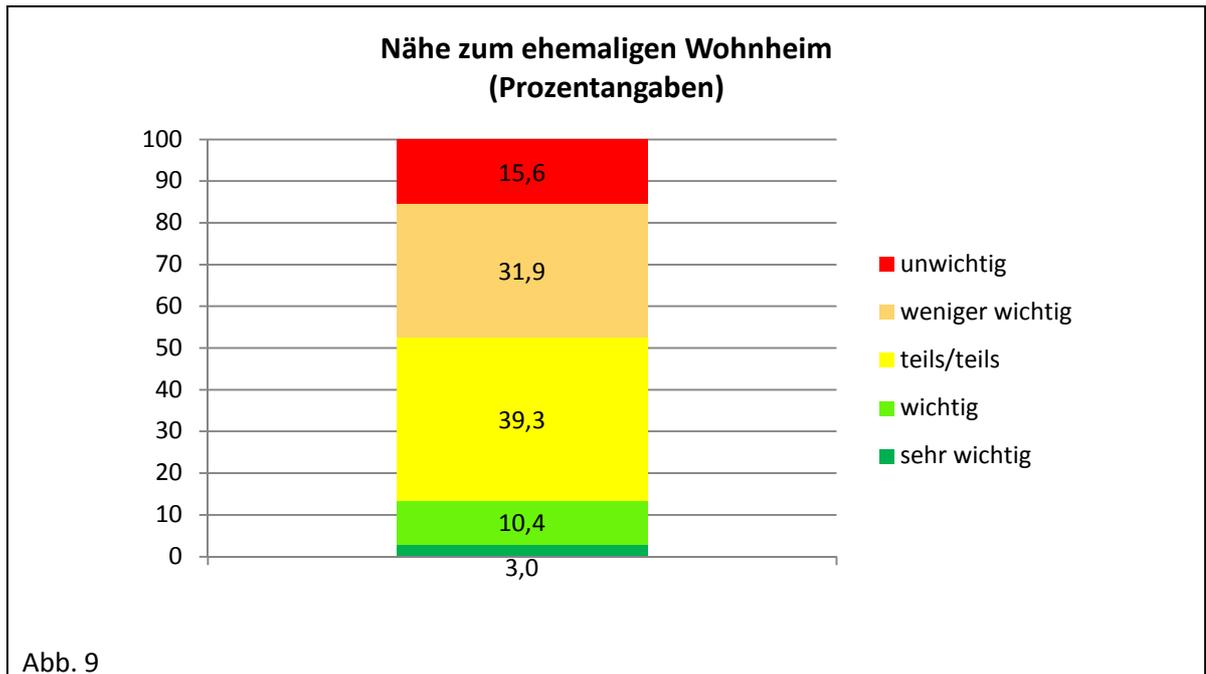
Die Nähe zum ehemaligen Wohnheim findet annähernd die Hälfte der Befragten „weniger wichtig“ oder „unwichtig“. Lediglich 13,4 % messen diesem Faktor eine größere Bedeutung („wichtig“ oder „sehr wichtig“) zu (vgl. Abb. 9).

Auffällig ist hier aber der hohe Anteil jener, die diese Frage mit „teils/teils“ beantwortet haben (39,4 %). MitarbeiterInnen, die im stationären Bereich arbeiten sind signifikant häufiger der Meinung, dass NutzerInnen, die aus dem Wohnheim ausziehen, in dessen Nähe wohnen sollten.<sup>17</sup> Dieses Antwortverhalten der WohnheimmitarbeiterInnen kann zum einen darin begründet sein, dass NutzerInnen im Wohnheim Freundschaften zu MitbewohnerInnen geschlossen haben, die auch als hilfreich dargestellt werden und weiter gepflegt werden sollten: „Fourteen respondents also named a 'most helpful resident' in their house, a friend who provided moral support, pleasant company and sharing of activities and information“ (Sylph, Foster, Boyles & Babiak, 1992, S. 113).

Möglicherweise wünschen sich die MitarbeiterInnen aber auch eine weitere Nutzung von Freizeitangeboten des Wohnheims für NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens (vgl. Kapitel 5.2.2.3).

---

<sup>17</sup>  $\chi^2=13.625$ ;  $p=0,001$ ; Die Kategorien „sehr wichtig“ und „wichtig“ sowie „weniger wichtig“ und „unwichtig“ wurden bei der Signifikanzberechnung zusammengefasst.

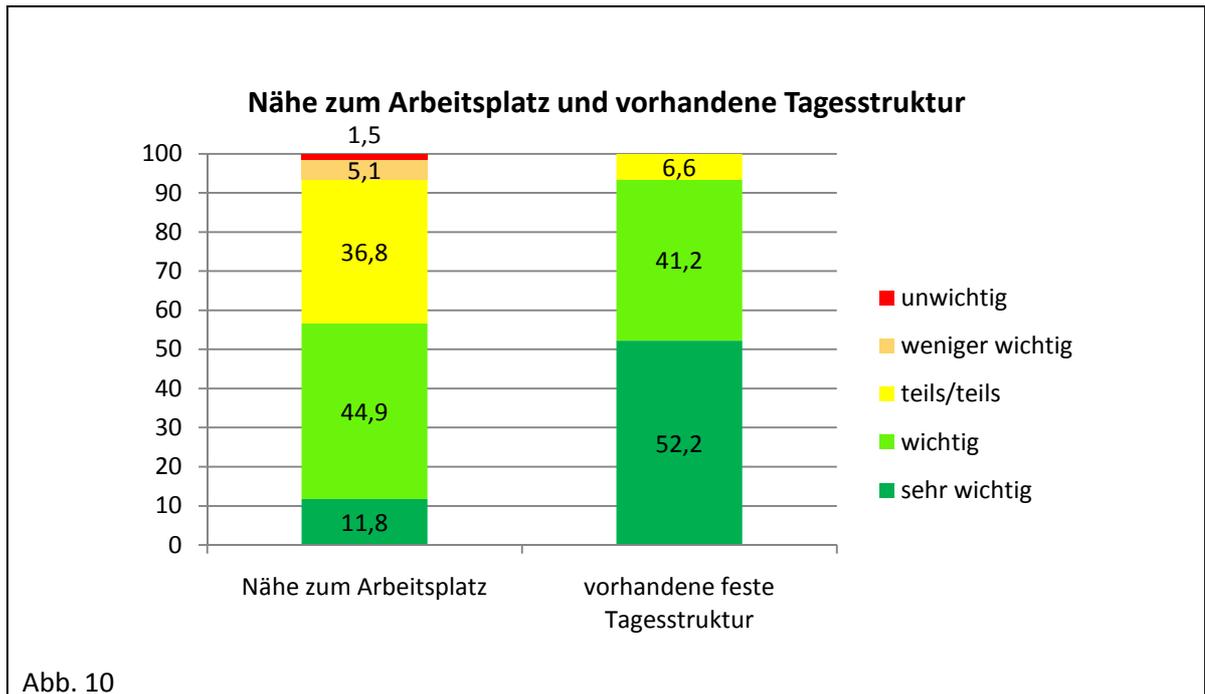


In Nordrhein-Westfalen werden in vielen Wohnheimen tagesstrukturierende Maßnahmen im Rahmen des Leistungstyps 24 angeboten, die auch unter bestimmten Voraussetzungen von NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens in Anspruch genommen werden können (vgl. Frieler, Kubata, Wendel & le Granse, 2010). Der Wunsch nach einer Anbindung ehemaliger NutzerInnen von Wohnheimen in dieses Angebot könnte ein weiterer Grund für die hohe Wichtigkeit der Wohnortnähe sein, die die befragten WohnheimmitarbeiterInnen mit ihrem Antwortverhalten betonen.

#### 5.2.3.5 Tagesstruktur und Arbeitsplatz

Fast alle Befragten (93,4 %) finden eine feste Tagesstruktur und die Wohnnähe zum Arbeitsplatz (56,7 %) für NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens „sehr wichtig“ oder „wichtig“, wobei bezüglich der Tagesstruktur die Mehrheit diese „sehr wichtig“ findet (vgl. Abb. 10).

Die hohe Bedeutung der Tagesstruktur und der Teilhabe an Arbeit für psychisch erkrankte Menschen ist unumstritten: „Die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung [hat] nachweislich den höchsten Effekt bei allen Hilfen zur Teilhabe“ (Aktion Psychisch Kranke e.V., 2009, S. 10).



Nach Jansson (2003) benötigen NutzerInnen, die in ländlichen Gebieten wohnen, häufiger Unterstützung bei der beruflichen Bildung und bei der Arbeitssuche, während in städtischen Gebieten mehr Unterstützung bei der Tagesstruktur nachgefragt wird. Neben den tagesstrukturellen Maßnahmen, die NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Angebote außerhäusig offeriert werden, sowie solchen außerhalb der Sphäre von psycho-sozialen Dienstleistungen (z.B. Sportvereine), wird von vielen NutzerInnen bereits die Verantwortung für die eigenen Wohnung und den Haushalt als Tagesstruktur definiert: „Many residents expressed that having a home to care for provided them with daily structure, responsibilities and a sense of purpose which improved their sense of well-being“ (Kirsh et al., 2009, S. 72). In einer qualitativen Studie von Browne und Courtney (2005) erwähnen alle Interviewten die Wichtigkeit von Aktivitäten, die sie zu Hause ausüben (o. S.).<sup>18</sup> In einer Studie zur Evaluation des stationären und ambulant betreuten Wohnens in einem Wohnverbund (Richter, 2010) hat sich gezeigt, dass fast die Hälfte der NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens ohne feste Tagesstruktur sind (S. 130), was durchaus kritisch gesehen wird: „Anlass zu konzeptionellen Überlegungen bietet der Befund des hohen Anteils ohne Tagesstruktur im

<sup>18</sup> Es handelt sich bei diesem Aufsatz um eine Autorenversion ohne Seitenangabe.

ambulant betreuten Wohnen“ (S. 132). Der Autor erklärt dies u.a. mit der Skepsis der NutzerInnen gegenüber Werkstätten für behinderte Menschen und fordert deswegen mehr Zuverdienstmöglichkeiten und Supported-Employment-Programme (ebd.). Stützt man sich auf die Ergebnisse von Richter (2010) und dessen Interpretation, so sind die Möglichkeiten bzgl. einer verstärkten Einbindung von NutzerInnen in eine feste Tagesstruktur im Rahmen eines Wohnformwechsels insofern eingeschränkt, als es sich hier eher um ein strukturelles Problem der Versorgungslandschaft handelt (vgl. hierzu auch Eikelmann, Reker & Richter, 2005, S. 669 ff.).

Die Aktion Psychisch Kranke e.V. (2004) konstatiert für den Bereich der Arbeitsrehabilitation: „Die Bedeutung wohnortnaher Hilfen [...] ist wiederholt und eingehend beschrieben worden“ (S. 45), und besonders wichtig sei die „Erreichbarkeit im Tagespendelbereich“ (S. 46), vor allem um Abbrüche sozialer Beziehung aufgrund eines notwendigen Umzugs zu vermeiden (vgl. ebd.).

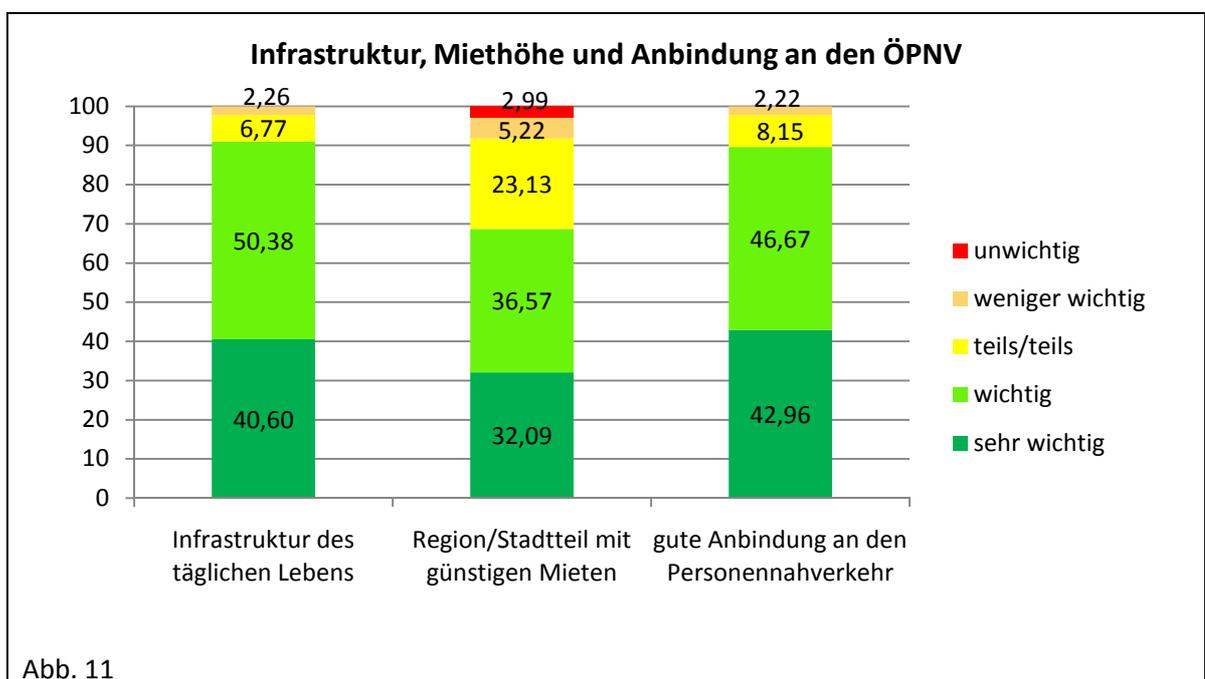
Betrachtet man spezifische (im Sinne psychischer Erkrankung) Angebote der beruflichen Rehabilitation, wie die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK), die beruflichen Trainingszentren (BTZ), und die nicht-spezifischen wie die Berufsbildungs- (BBW) sowie -förderungswerke (BFW), so gehört das Land Nordrhein-Westfalen zu den drei Bundesländern mit den meisten Einrichtungen (vgl. Albrecht & Bramesfeld, 2004, S. 497). Dieses große Angebot lässt einerseits auf eine gute räumliche Erreichbarkeit schließen, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Zugangsvoraussetzungen zu diesen Einrichtungen bezüglich der hierfür benötigten Kompetenzen recht hoch sind, so dass in der Regel NutzerInnen von Wohnheimen hieran zumindest nicht zeitnah zum Wohnformwechsel partizipieren können. Nach Kruzich (1985) wird zudem mit zunehmender Dauer des Wohnheimaufenthaltes die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit unwahrscheinlicher. Kunze, Krüger, Lorenz und Holke (2009) beschreiben aber auch einen sinkenden Bedarf an wohnbezogenen Hilfen, wenn NutzerInnen an Arbeit und Beschäftigung partizipieren, die sie als sinnvoll erleben (S. 4).

Ein weiterer Aspekt der Wohnnähe zum Arbeitsplatz ist die Möglichkeit, dass hierdurch Freizeitkontakte zu KollegInnen der NutzerInnen erleichtert werden. Diese Kontakte spielen laut Angell (2003) eine wichtige Rolle für Menschen mit psychischer Erkrankung: „Another participant joined coworkers occasionally after work hours to play basketball or go to a bar. Employed individuals reported that they enjoyed interacting with their coworkers [...]“ (S. 19). Herr W. beschreibt im qualitativen Interview für diese

Untersuchung, dass er mit ArbeitskollegInnen, die ebenfalls in der gleich neben der Wohnung liegenden Werkstatt für Menschen mit Behinderungen arbeiten, nach Arbeitsende in seine Wohnung geht, um dort die Freizeit gemeinsam zu verbringen. Letztlich gelten für die Entfernung zur Arbeit ähnliche Grundüberlegungen wie für die Entfernung zu anderen wichtigen Institutionen, wie z.B. den FachärztInnen, mit dem Unterschied, dass der Arbeitsplatz in der Regel mehrmals wöchentlich oder täglich erreicht werden muss. Bei der Auswahl der Wohnung spielen also in Bezug auf die Entfernung zum Arbeitsplatz die persönlichen Ressourcen der einzelne NutzerInnen eine erhebliche Rolle und sollten in die Überlegungen vor einem Wohnformwechsel einbezogen werden.

### 5.2.3.6 *Infrastruktur und bezahlbarer Wohnraum*

In Abbildung 11 sind die Antworten zu den Themenbereichen „Anbindung an den Personennahverkehr“, „Infrastruktur des täglichen Lebens“ sowie „Region bzw. Stadtteil mit günstigen Mieten“ zusammengefasst, weil sie inhaltlich eng verknüpft sind.



Für die große Mehrheit der Befragten (91 %) ist die Infrastruktur des täglichen Lebens von hoher Bedeutung. Lediglich ein sehr kleiner Anteil (2,3 %) findet diesen Faktor der Wohnumgebung „weniger wichtig“. Ebenso halten die meisten Befragten (89,7 %) eine Anbindung an den Personennahverkehr für „sehr wichtig“ oder „wichtig“ (vgl. hierzu auch Kloos & Shah, 2009, S. 321), lediglich 2,2 % finden dies „weniger wichtig“. Die Werte zur Infrastruktur des täglichen Lebens und zur Anbindung an den Personennahverkehr sind fast deckungsgleich, während zumindest ein kleiner Teil der Region bzw. dem Stadtteil mit günstigen Mieten keine hohe Bedeutung beimisst („weniger wichtig“ und „unwichtig“ insgesamt 8,3 %).

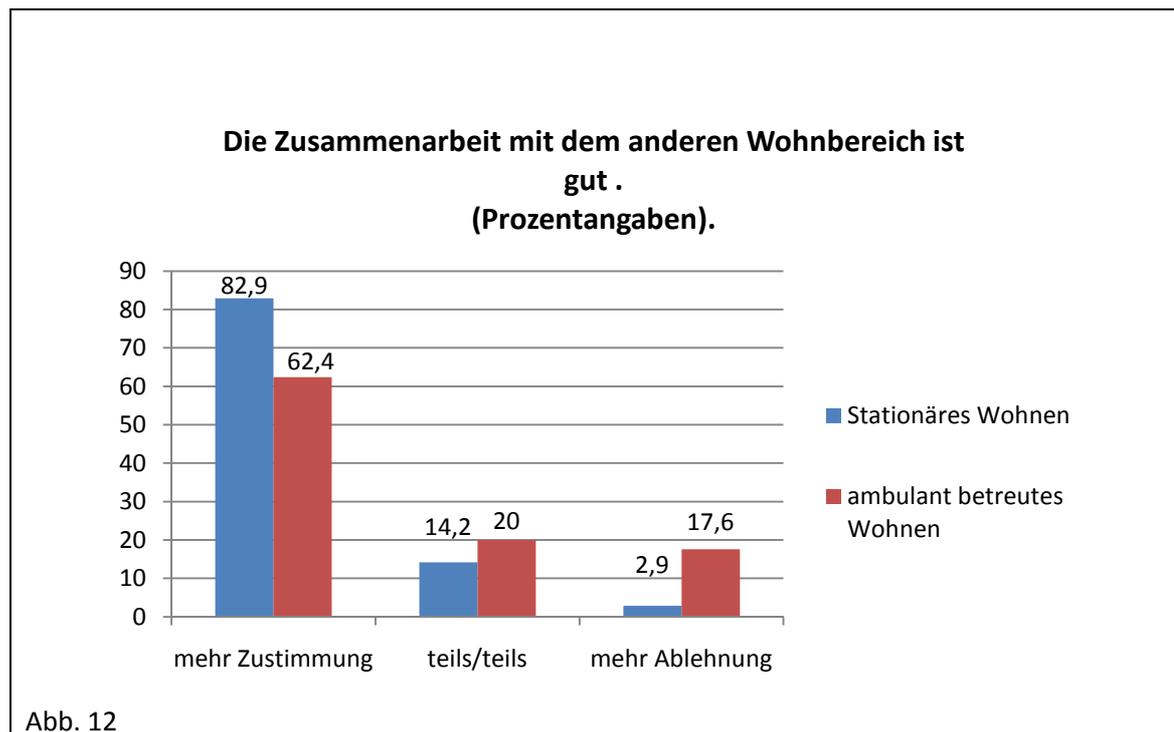
Im Hinblick auf die drei dargestellten Bereiche kommen die Befragten zu dem Schluss, dass diese eine große Rolle bei der Auswahl einer zukünftigen Wohnumgebung spielten. Sie sind auch deswegen im Vorfeld eines Wohnformwechsels von Relevanz, weil sie in enger Wechselbeziehung zu einander stehen. So zeichnen sich Stadtteile oder Regionen, in denen Wohnraum günstig vermietet wird, nicht selten durch andere, ungünstige Umgebungsfaktoren aus, wie eine unzureichende Verfügbarkeit von Geschäften und anderen Angeboten wie kulturelle Einrichtungen, Vereine etc.: „Low-income housing is not centrally located, and shops and services are inaccessible.“ (Forchuk, Nelson & Hall, 2006, S. 49; vgl. hierzu auch Peace & Kell, 2001, S. 106). NutzerInnen wünschen sich dagegen einen einfachen Zugang zu gemeindenahen Ressourcen: “Accessibility of community resources refers to the availability of resources located in consumers’ surrounding community. Examples of community resources are grocery stores, coffee shops, restaurants, movie theaters, libraries, and places of worship” (Won & Salomon, 2002, S. 20). Zu diesen Ressourcen zählen nach Sylvestre, Nelson, Sabloff und Peddle (2007, S. 130) auch die öffentlichen Verkehrsmittel. Diese Ressourcen sind in Wohngebieten mit einkommensschwachen BürgerInnen zwar häufig weniger gut zugänglich als in jenen mit einkommensstärkeren Bewohnern, andererseits gibt es für diese Wohnumgebungen Hinweise auf eine geringe Stigmatisierung der NutzerInnen (Mares, Young, McGuire & Rosenheck, 2002, S. 456).

Bei der Hilfe zur Auswahl einer Wohnung im Vorfeld eines Wohnformwechsels sollte neben der regionalen Infrastruktur auch die Ausstattungsqualität der Wohnung bedacht werden. Diese sinkt häufig in Abhängigkeit zur Miethöhe und psychisch erkrankte Menschen haben gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein höheres Risiko, in schlechter ausgestatteten Wohnungen zu leben (Hansson et al., 2002, S. 348), mit negativen Folgen

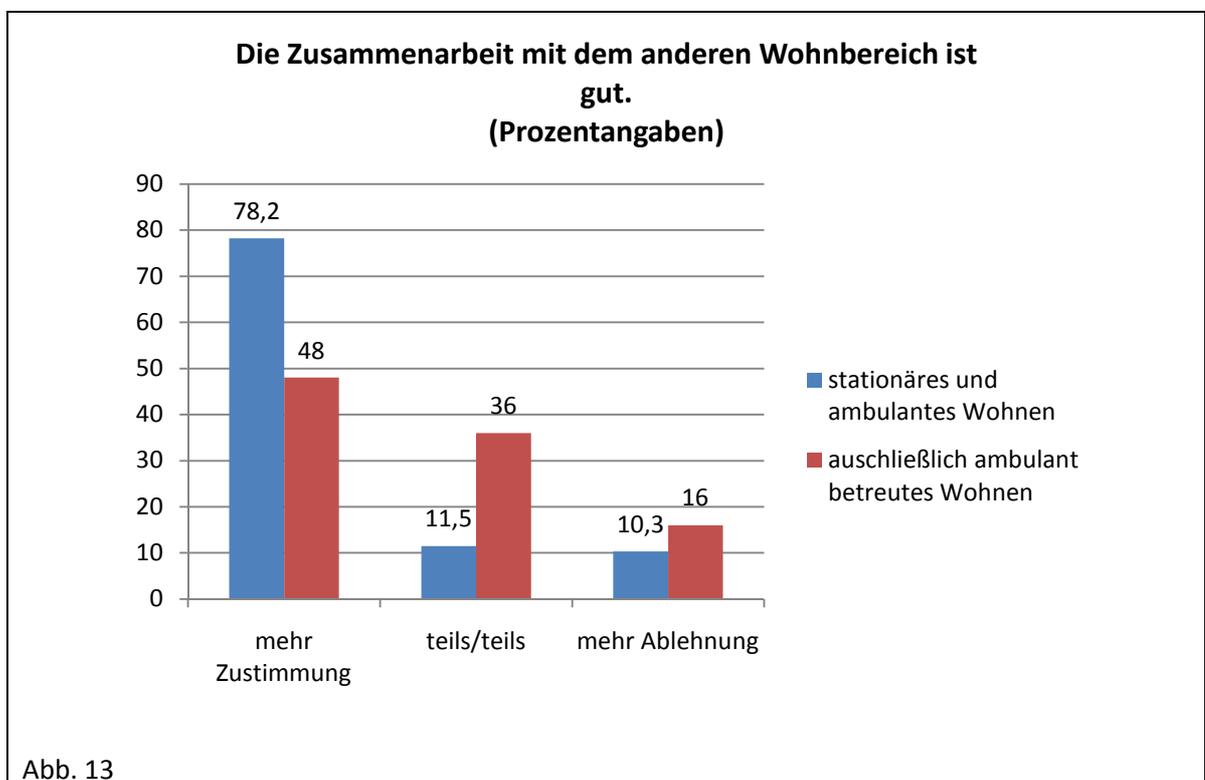
für den Erkrankungsverlauf (siehe hierzu die Übersichtsarbeit von Newmann, 2001), die soziale Anpassung (Earls & Nelson, 1988, S. 290) und die Lebensqualität (Baker & Douglas, 1990).

#### 5.2.4 *Verbesserte Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Wohnbereich*

Während eines Wohnformwechsels kommt es – wenn nicht die Bezugsbetreuungsperson beibehalten wird – zur Zusammenarbeit zwischen Bezugspersonen des stationären und ambulanten Wohnens. Der zeitliche Umfang und die Art und Weise dieser Zusammenarbeit variieren stark und hängen von verschiedenen Rahmenbedingungen ab. So kann die Zusammenarbeit z.B. mit geringerem Aufwand betrieben werden, wenn beide Wohnbereiche einem Träger angehören.



In Abbildung 12 sind die Einschätzungen der MitarbeiterInnen des stationären und ambulant betreuten Wohnens bezüglich der Zusammenarbeit mit dem jeweils anderen Wohnbereich dargestellt.<sup>19</sup> Auffällig sind die Unterschiede zwischen den beiden Wohnbereichen. Die MitarbeiterInnen des stationären Wohnens stimmen der Aussage, dass die Zusammenarbeit mit dem anderen Wohnbereich gut ist, sehr viel häufiger zu, als dies die MitarbeiterInnen des ambulanten Wohnens tun. Die Differenzen sind, wenn auch nur schwach, signifikant<sup>20</sup>. Stellt man die Antworten jener Befragten, die in einer Einrichtung mit ausschließlich ambulant betreutem Wohnen arbeiten, denen der Respondenten, die in einer Einrichtungen mit beiden Wohnformen tätig sind, gegenüber, so ergeben sich noch stärker ausgeprägte Differenzen (vgl. Abb. 13).<sup>21</sup>



<sup>19</sup> Die ursprünglich im Fragebogen verwendete 5er-Skala (siehe Anhang) wurde zu einer dreistufigen Skala zusammengefasst: „Trifft zu“ und „trifft eher zu“ wurden zu „mehr Zustimmung“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ wurden zu „mehr Ablehnung“ verdichtet.

<sup>20</sup>  $\chi^2=6,034$ ;  $p = 0,049$

<sup>21</sup> Die statistischen Kennzahlen deuten noch mehr daraufhin, dass der Zusammenhang nicht zufällig ist:  $\chi^2= 9,455$ ;  $p = 0,009$ . Gleichzeitig steigt aber auch der Anteil der Zellen in der Kreuztabelle, die einen erwarteten Wert kleiner 5 haben, von 16,7% auf 33,3%, so dass Interpretationen nur mit einer gewissen Zurückhaltung vorgenommen werden dürfen.

Bezüglich einer positiven Einschätzung der Zusammenarbeit mit dem stationären Wohnbereich sind die MitarbeiterInnen von reinen BEWO-Anbietern sehr viel zurückhaltender als die MitarbeiterInnen aus Einrichtungen mit beiden Wohnbereichen. Der mit über einem Drittel (36%) recht hohe Anteil bei der Antwortkategorie „teils/teils“ kann ein Hinweis darauf sein, dass diese Subgruppe mit einigen Anbietern des stationären Wohnens gut zusammenarbeitet, mit anderen weniger gut. Möglich ist aber auch, dass die Mittelkategorie gewählt wurde, weil im zeitlichen Verlauf die Qualität der Zusammenarbeit schwankt oder mit den jeweiligen MitarbeiterInnen aus dem anderen Bereich zusammenhängt. Im Zuge einer Verbesserung der Zusammenarbeit könnten beide Einrichtungstypen z.B. mittels einer Beschäftigtenbefragung analysieren, worin die kritischen Momente der Zusammenarbeit liegen, um so die Kooperation bei einem Wohnformwechsel von NutzerInnen weiter zu optimieren.

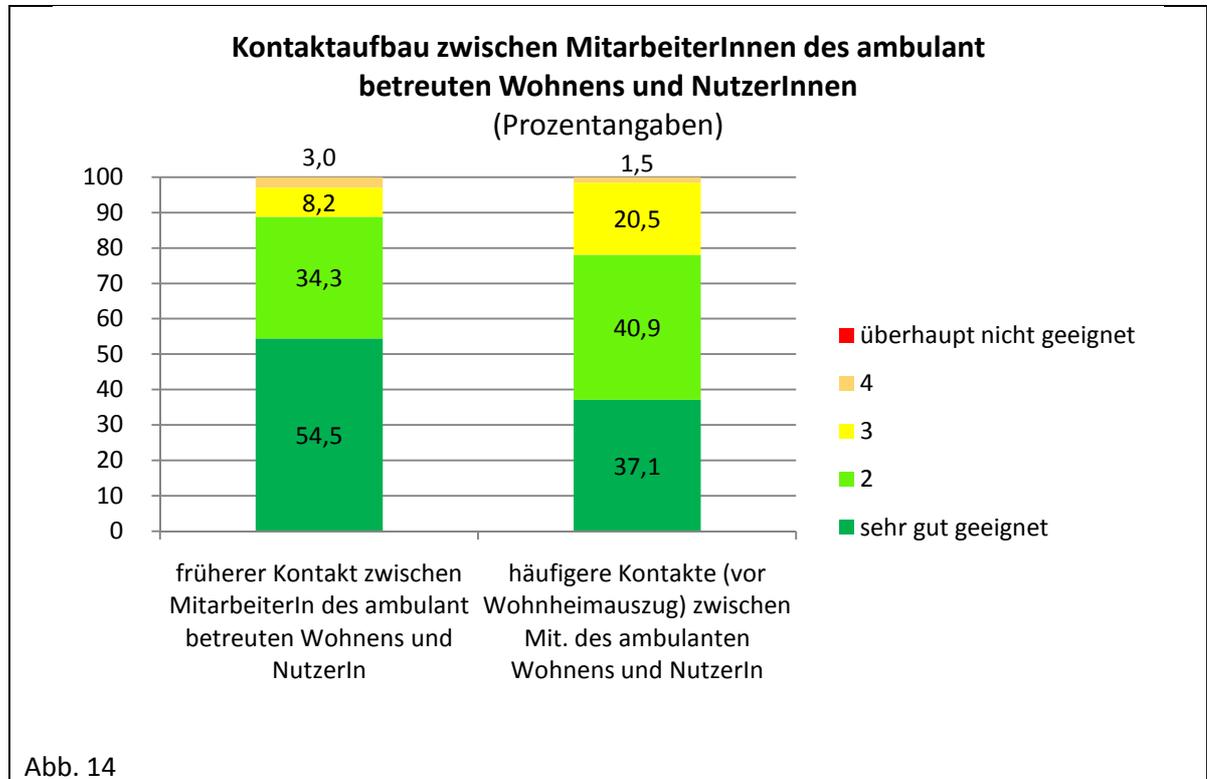
Im Rahmen der MitarbeiterInnenbefragung wurden verschiedene Vorschläge zur verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Wohnbereichen gemacht. Diese beziehen sich zum Teil auf die Kommunikation zwischen MitarbeiterInnen beider Bereiche und den KlientInnen, beinhalten aber auch strukturelle Komponenten wie das Vorhalten eines Krisenbettes. Alle Vorschläge orientieren sich an der Frage, wie für NutzerInnen der Übergang zwischen beiden Wohnformen erleichtert werden kann. Die Ergebnisse werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

Da bis heute in Nordrhein-Westfalen die Finanzierung von stationärem und ambulatem Wohnbereich noch sehr voneinander abgegrenzt wird (vgl. Kapitel 2), wurden BefragungsteilnehmerInnen darum gebeten, sich vorzustellen, die vorgeschlagenen Maßnahmen seien von Kostenträgerseite finanziert. Die Antworten konnte auf einer 5er-Skala gegeben werden, die durch zwei Pole gekennzeichnet waren („sehr gut geeignet“/“überhaupt nicht geeignet“). Die „3“ bildete also die Skalenmitte ab.

#### 5.2.4.1 *Kontaktaufbau zwischen NutzerInnen und MitarbeiterInnen des ambulant betreuten Wohnens*

Die befragten MitarbeiterInnen der Wohnbereiche stehen einem früheren Kontakt zwischen der zukünftigen Bezugsperson des ambulanten Bereiches und der/dem NutzerIn

des Wohnheims<sup>22</sup> positiv gegenüber. 88,8 % der Befragten halten diesen Vorschlag für sehr gut geeignet oder haben sich für den Skalenwert „2“ entschieden (vgl. Abb. 14).



Die Einschätzungen der MitarbeiterInnen deuten darauf hin, dass von vielen Befragten eine späte Kontaktaufnahme zwischen NutzerInnen und MitarbeiterInnen des ambulanten Wohnbereiches praktiziert wird. Plaehn und Bamberger (2009) sehen eine besondere Belastung für NutzerInnen, wenn ein Betreuungswechsel in der Umzugsphase stattfindet und plädieren für die Begleitung und Betreuung des Umzugs durch eine Vertrauensperson (S. 8). Andererseits findet die Wohnungssuche, das Ausstatten der Wohnung mit Möbeln und anderen Gegenständen in der Zeit statt, in der die NutzerInnen noch im Wohnheim wohnen. Das heißt, die MitarbeiterInnen des ambulanten Wohnens haben keine Möglichkeiten, über die oben beschriebenen gemeinsamen Tätigkeiten zu Beginn der Betreuung mit den NutzerInnen im neuen Wohnumfeld in Kontakt zu treten und die

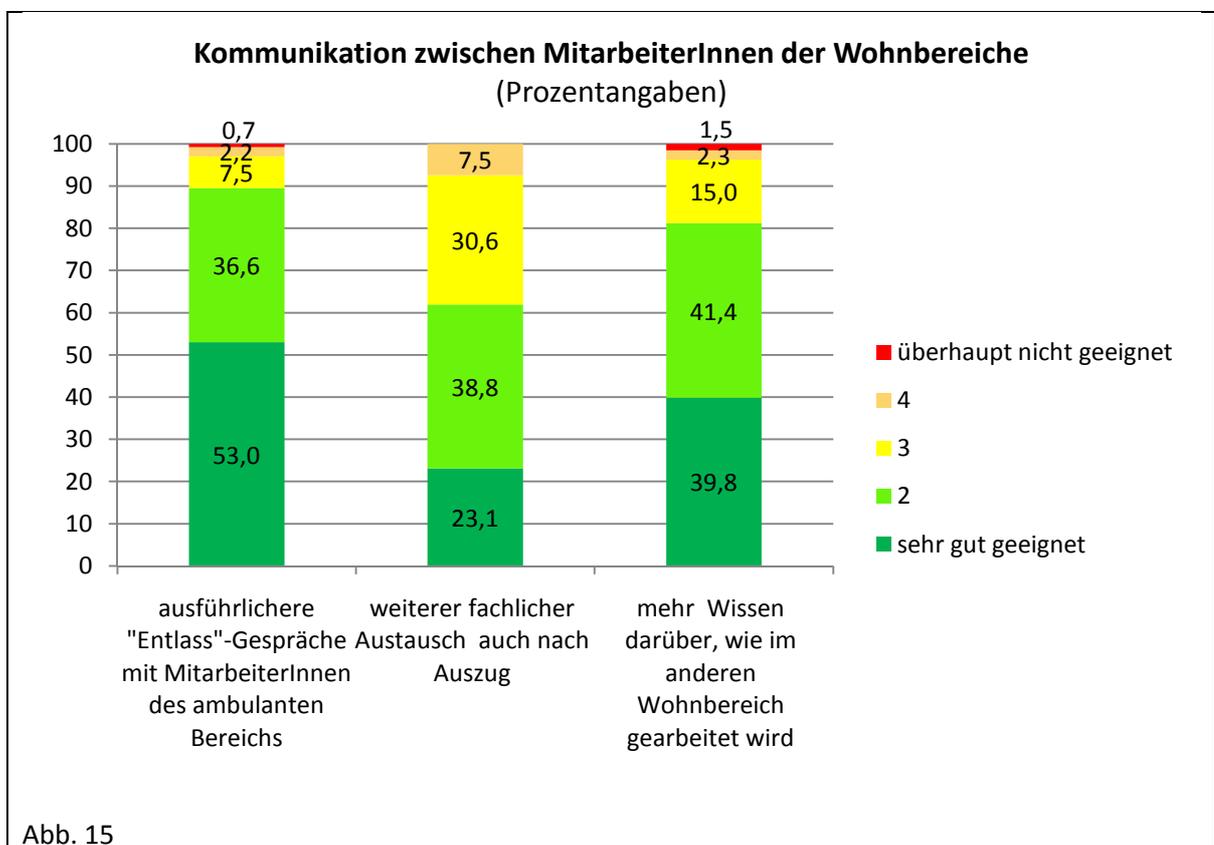
<sup>22</sup> Es wurde nach Kontakten vor dem Wohnheimauszug gefragt. Der vollständige Fragetext findet sich im Anhang. Zum Zwecke der Übersichtlichkeit in der grafischen Darstellung wurden die Itemtexte etwas gekürzt.

wichtige Erfahrung des Gestaltens der Wohnung miteinander zu teilen (vgl. hierzu auch Weiß & Diegritz, 2007).

Etwas zurückhaltender fielen die Antworten aus, als nach der Häufigkeit dieser Kontakte gefragt wurde. Hier sind es 78 %, die häufigere Kontakte vor einem Wohnheimauszug für sehr gut geeignet halten oder die Antwortkategorie „2“ wählten.

#### 5.2.4.2 Kommunikation zwischen den MitarbeiterInnen der Wohnbereiche

Als besonders gut geeignet schätzen die Befragten ausführlichere Entlassgespräche mit den MitarbeiterInnen des ambulanten Bereichs ein. 89,6 % gaben hier die Antwortkategorie „sehr gut geeignet“ oder „2“ an (vgl. Abb. 15). Weniger als 1% halten diese Maßnahme für „überhaupt nicht geeignet“. Eine ähnliche hohe Zustimmung (81,2 %) erhält der Vorschlag, mehr Wissen darüber zu bekommen, wie im anderen Wohnbereich gearbeitet wird, wenn auch mit einem geringeren Anteil von Befragten, die dies für „sehr gut geeignet halten“ (39,8 % gegenüber 53 %).



Dies könnte ein Hinweis auf eher strukturelle Probleme, wie z.B. einem Informationsdefizit in Bezug auf die Arbeitsweise und Abläufe im jeweils anderen Wohnbereich, sein. Aufgrund der Tatsache, dass MitarbeiterInnen aus dem stationären Tätigkeitsbereich nicht selten in das ambulante Wohnen wechseln oder zumindest einen Teil ihrer Stelle dort bekleiden, seltener aber umgekehrt (vgl. Kapitel 5.2.1), drängt sich zunächst die These auf, die beschriebenen Informationsdefizite seien eher auf Seiten der ambulanten MitarbeiterInnen zu finden, bei gleichzeitig positiverer Einschätzung des Vorschlags eines verbesserten Wissens über den anderen Wohnbereich. Diese These ließ sich statistisch nicht erhärten.<sup>23</sup> Dabei ist auch unerheblich, ob es sich um eine Einrichtung handelt, die beide Wohnformen anbietet oder ausschließlich das ambulant betreute Wohnen.<sup>24</sup>

Bemerkenswert ist der geringere Zuspruch zu der Idee des weiteren fachlichen Austausches auch nach dem Auszug von NutzerInnen aus dem Wohnheim, im Vergleich zu den anderen genannten Verbesserungsvorschlägen zur Kommunikation zwischen den MitarbeiterInnen der Wohnbereiche. Zwar ist die Zustimmung<sup>25</sup> mit 61,9% immer noch sehr hoch, liegt aber gegenüber den beiden oben genannten Vorschlägen rund 20% und mehr darunter. Das ist umso erstaunlicher, als sich in der Regel viele Fragen erst im Rahmen des ambulanten betreuten Wohnens ergeben, bei deren Beantwortung eine ehemalige Bezugsbetreuungsperson aus dem Wohnheim hilfreich sein könnte.

#### 5.2.4.3 *Hilfeplanung*

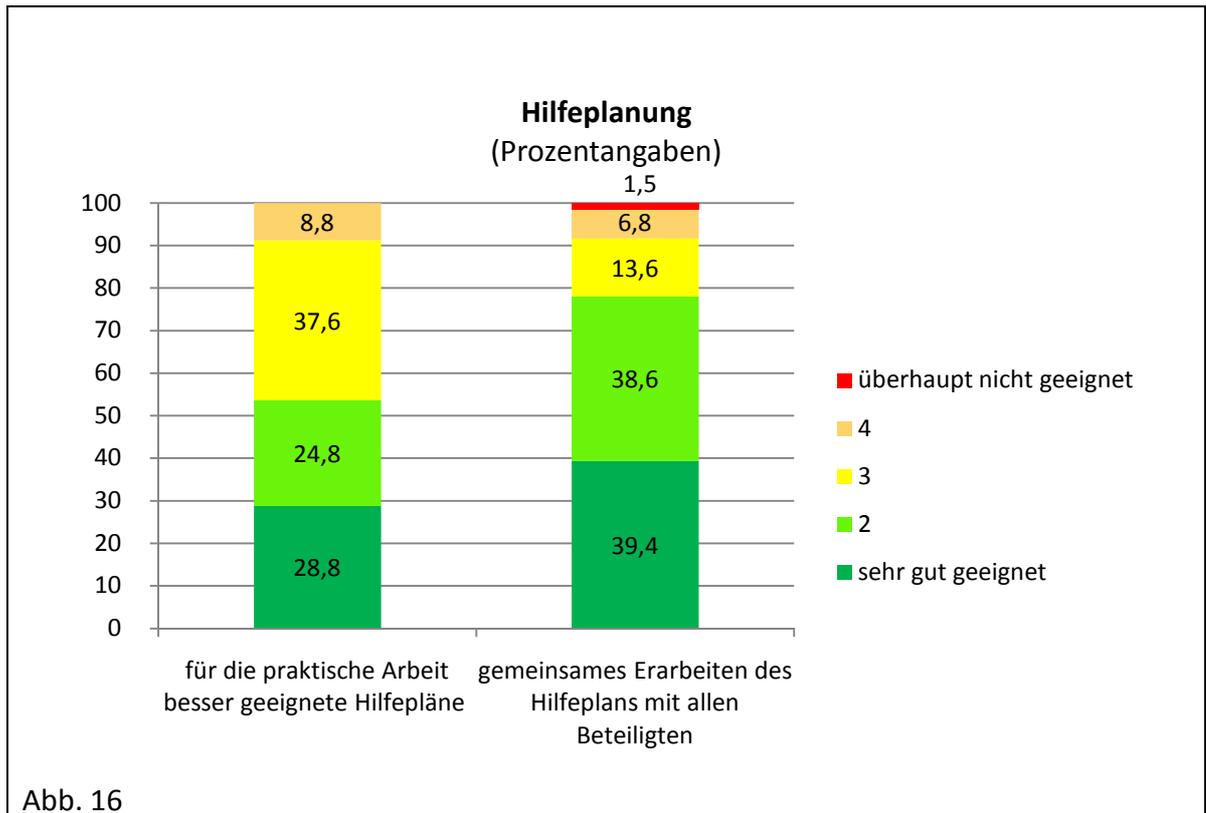
Über die Hälfte der befragten MitarbeiterInnen (53,6 %) bewerteten Hilfepläne, die in ihrem Aufbau für die praktische Arbeit besser geeignet sind, als ein geeignetes Instrument zur Verbesserung des Wohnformwechsels von NutzerInnen, gaben also an, es sei „sehr gut geeignet“ oder wählten die Kategorie „2“ auf der Antwortskala (vgl. Abb. 16). Ein recht großer Anteil entschied sich für die mittlere Kategorie („3“).

---

<sup>23</sup>  $\chi^2=0,469$  und  $p=0,791$ , bei einer Komprimierung der 5er-Skala auf drei Skalenwerte (mehr geeignet, 2, weniger geeignet).

<sup>24</sup>  $\chi^2=2,299$  und  $p=0,317$ , bei einer Komprimierung der 5er-Skala auf drei Skalenwerte (mehr geeignet, 2, weniger geeignet).

<sup>25</sup> Das heißt, die Antwortkategorien „sehr gut geeignet“ oder Skalenwert „2“ wurden gewählt.



Da in den beiden Landesteilen Nordrhein-Westfalens unterschiedliche Hilfepläne Verwendung finden, wurden die Antworten auf signifikante Unterschiede verglichen, die sich nicht bestätigen ließen.<sup>26</sup> Dieses Ergebnis ist deshalb auch von besonderem Interesse, weil im Rheinland Mitte 2010 einer neuer Hilfeplan in Kraft getreten ist, der sich an der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ orientiert und somit ein junges Instrument darstellt, das noch in der Praxis erprobt werden muss.

Im Vergleich zum Vorschlag eines für die praktische Arbeit besser geeigneten Hilfeplans wird die Idee einer gemeinsamen Erarbeitung des Hilfeplans mit allen Beteiligten positiver bewertet (vgl. Abb. 16). Vier Fünftel (80 %) zeigen gegenüber dem Verbesserungsvorschlag eines gemeinsamen Erarbeitens des jeweiligen Hilfeplans mit allen Beteiligten eine positive Einstellung. Nur rund die Hälfte der Befragten hat diese in Bezug auf praktischere Hilfepläne. Die Kooperation bei der Erstellung des Hilfeplans an

<sup>26</sup>  $\chi^2 = 1,319$ ;  $p = 0,517$ .

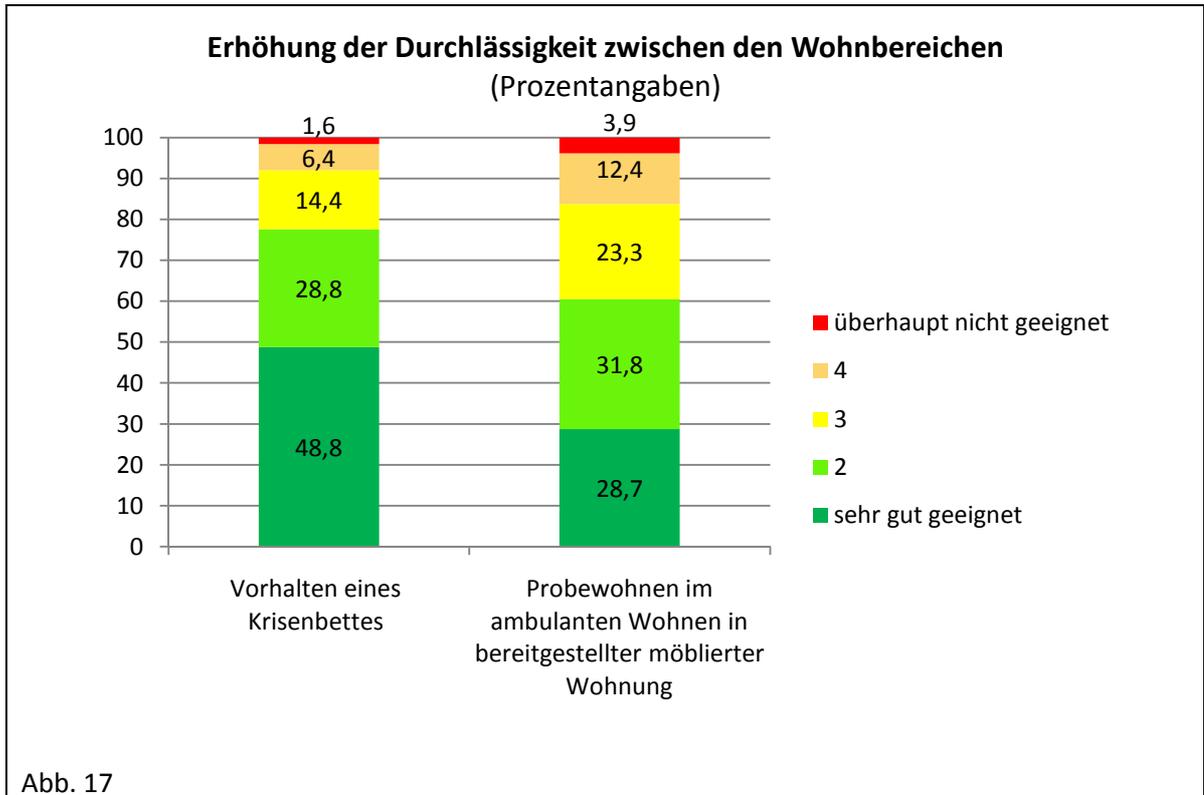
der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Wohnen ist deshalb von großer Bedeutung, weil sich die Systematik der Bedarfsdarstellung und die zu formulierenden Ziele zwischen den beiden Wohnformen voneinander unterscheiden. So geht es nach Knappe (2007) „im ambulanten Kontext darum, dass der Betroffene seinen Status quo beibehält, sich nicht verschlechtert, sondern möglichst seine Umstände lebenswert gestaltet“ (S. 27), während der Betroffene im stationären Wohnen lernen muss, „die Lehren aus der Vergangenheit zu ziehen und sich trotz Krankheit fit zu machen für ein Leben außerhalb des Wohnheims“ (ebd.).

Insgesamt berührt eine gemeinsame Hilfeplanerstellung drei Aspekte: MitarbeiterInnen des ambulanten Wohnens können in diesem Rahmen ihre zukünftigen KlientInnen und umgekehrt kennenlernen. Zudem schreiben die MitarbeiterInnen im Wohnheim meist Hilfepläne für NutzerInnen, die zunächst eine weitere Zeit im Wohnheim leben werden. Die Erstellung eines Hilfeplans für die Zeit im ambulant betreuten Wohnen stellt somit eher einen Sonderfall denn die Regel dar. Im Zuge der gemeinsamen Hilfeplanerstellung haben die MitarbeiterInnen des ambulanten Bereichs die Möglichkeit, spezifische Aspekte des ambulanten Wohnens mit in die Hilfeplanung einfließen zu lassen.

Zuletzt lässt sich das gemeinsame Gespräch seitens der stationären MitarbeiterInnen nutzen, um auf individuelle Eigenschaften und Besonderheiten der jeweiligen NutzerInnen aufmerksam zu machen, ohne dass man sie von diesen Informationen ausschließt.

#### 5.2.4.4 *Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen den Wohnbereichen*

Maßnahmen zur Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen den Wohnbereichen werden von den Befragten grundsätzlich begrüßt. Dreiviertel (77,6 %) halten das Vorhalten eines Krisenbettes für eine geeignete Verbesserungsmaßnahme, annähernd die Hälfte findet diesen Vorschlag sogar „sehr gut“ (vgl. Abb. 17). Etwas weniger positiv, aber noch mit hoher Zustimmung (60,5 %), wird der Vorschlag des Probewohnens im ambulanten Bereich bewertet. Vor dem Hintergrund der von einigen MitarbeiterInnen wahrgenommenen Ängste eines Scheiterns im betreuten Wohnen (vgl. Kapitel 5.2.2.5) wird hier dem Vorhalten eines Krisenbettes der Vorzug gegenüber dem Probewohnen gegeben. Die Gründe hierfür können zum einen



darin liegen, dass im Rahmen eines Probewohnens letztlich nicht die Angst vor der Bewältigung von zukünftigen Krisen genommen werden kann, während das Angebot eines Krisenbettes NutzerInnen in diesem Punkt besser entlasten könnte. Zum anderen ist die Bereitstellung eines Krisenbettes in vielen Fällen wahrscheinlich kostengünstiger und einfacher zu bewerkstelligen, als das kontinuierliche Vorhalten einer möblierten Wohnung.

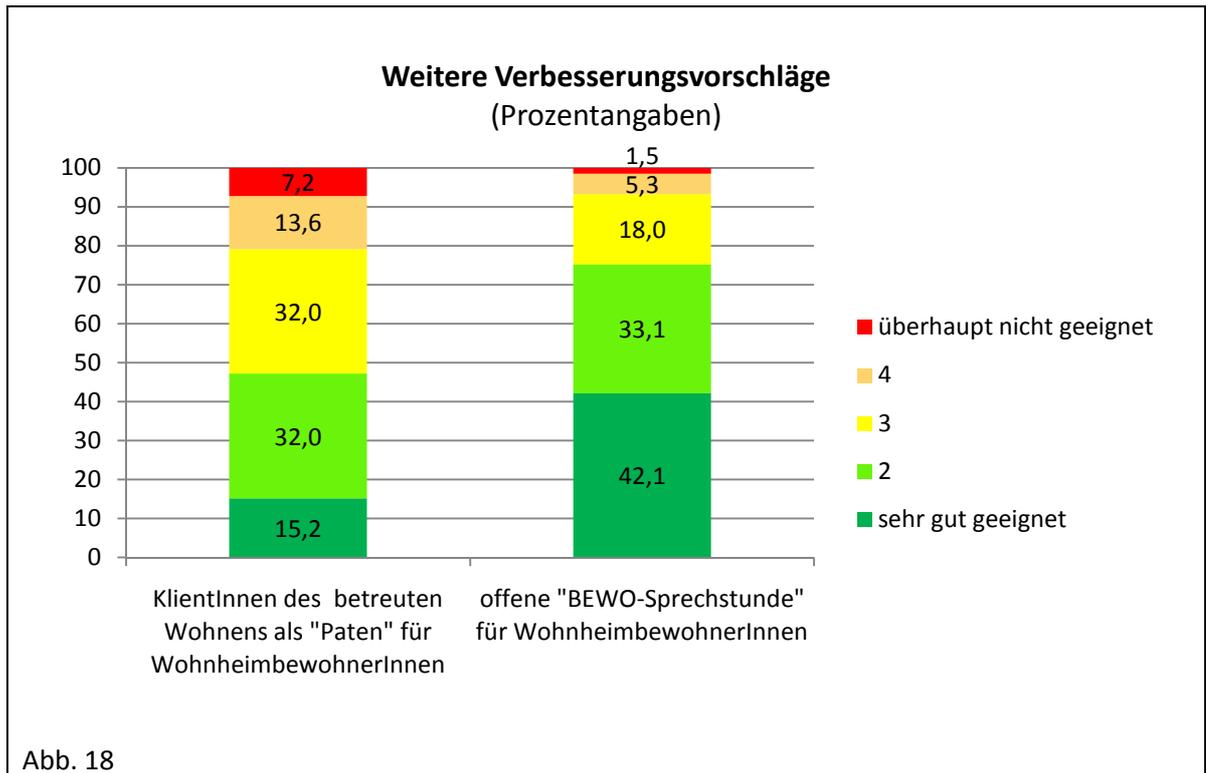
Vor dem Hintergrund der großen Zustimmung seitens der MitarbeiterInnen beider Wohnbereiche für die beschriebenen Verbesserungsmaßnahmen ist die aktuell praktizierte strikte Trennung von Leistungen des stationären von denen des ambulant betreuten Wohnens kritisch zu sehen. Bisher existiert eine Stichtagregelung, d.h. an einem bestimmten Datum endet die Abrechnung des Wohnheims in Form von Tagessätzen und die Abrechnung des ambulant betreuten Wohnens nach der Systematik der Fachleistungsstunden setzt ein. Die zeitliche Überschneidung von stationären und ambulanten Leistungen ist bei der Festsetzung der Fachleistungsstundenpreise nicht vorgesehen. Eine Möglichkeit der Überwindung dieser Problematik stellt die Forderung nach der Einführung „einer zeitbezogenen Finanzierung nach dem Muster der

Fachleistungsstunde“ für Wohnheime dar (Kunze, Krüger, Lorenz & Holke, 2009, S. 18). Schwarte (2007) fordert „ein Konzept zum niedrigschwelligen Übergang vom stationären zu ambulanten [...] Betreuungsformen“ (S. 12) und schlägt ein Betreuungsteam vor, das „unabhängig von der jeweiligen Wohnform zur Verfügung steht“ (ebd., vgl. hierzu auch Rosemann, 2004). Dieser Ansatz ist z.B. im Modell des Wohnverbundes vorgesehen, die Finanzierungs- und Abrechnungsmodalitäten gegenüber den Kostenträgern sind aber diesem Modell einerseits noch nicht angepasst. Andererseits bedarf die Idee wohnformübergreifender Betreuungsteams sowohl eines hohen Maßes an organisatorischer Kompetenz auf Seiten der MitarbeiterInnen als auch eines komplexen Personalsteuerungssystems seitens der Leistungsträger. Diese hohen Anforderungen mit ihren entsprechenden Schwierigkeiten manifestierten sich in der Vergangenheit bereits zum Teil in der Arbeit von Einrichtungen, bei denen im Rahmen eines Wohnverbundes erstmals das Arbeitsfeld des ambulanten Wohnens hinzukam (vgl. Meinlschmidt, 2004), also ohne dass die Grenzen zwischen den Wohnbereichen endgültig aufgehoben wurden. Auch ist die Skepsis von MitarbeiterInnen bei der Flexibilisierung von wohnbezogenen Hilfen nicht zu unterschätzen. Afting-Ijeh und Gerdes (2010) beschreiben die Reaktionen auf Seiten eines Teils der Mitarbeiterschaft auf einen solchen Umstrukturierungsprozess: „Vielen ging die Identifikation mit dem alten System verloren, ohne dass es zunächst gelungen war, Begeisterung für die Chancen und die Vorteile des Neuen zu wecken. Es gab erheblichen Widerstand und massive Kritik“ (S. 17).

#### 5.2.4.5 *Weitere Verbesserungsvorschläge*

Fast die Hälfte der Befragten (47,2 %) begrüßt es, wenn NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens als Paten an der Seite der WohnheimbewohnerInnen vor einem Auszug amtieren (vgl. Abb. 18). Der Anteil jener, die diese Idee als „sehr gut geeignet“ einschätzen, ist aber mit 15,2 % relativ niedrig. Auch ist der Anteil derjenigen, die sich eher skeptisch äußern (überhaupt nicht geeignet/Skalenwert 4) mit einem Fünftel (20,8 %) recht hoch.

Im Vergleich mit allen anderen Verbesserungsvorschlägen erhält das „Peer Counseling“ als Maßnahme zur Verbesserung des Wohnformwechsels den geringsten Zuspruch bei den MitarbeiterInnen. Aus den Antworten lässt sich nicht ableiten, ob es grundsätzliche und überdauernde Vorbehalte gegen die Mitarbeit von Betroffenen in der

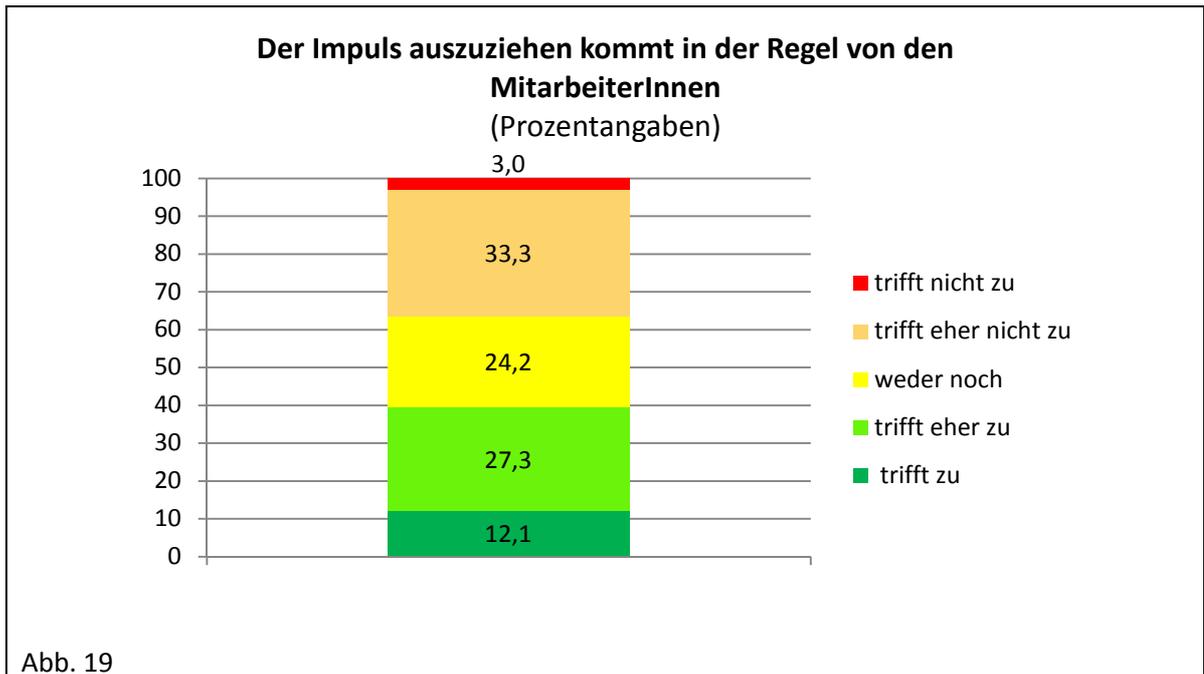


gemeindepsychiatrischen Arbeit gibt, oder ob das Wissen um diesen in Deutschland noch recht neuen Ansatz (vgl. Utschakowski, Sielaff & Bock, 2009) noch nicht ausreicht, um sich hierfür auszusprechen. In einer österreichischen Studie haben Sibitz und KollegInnen (2008) herausgefunden, dass sozialpsychiatrisch Tätige überwiegend eine positive Einstellung gegenüber der Einbeziehung von KlientInnen in die Arbeit haben. Dabei wurde der Nutzen für KlientInnen und professionelle HelferInnen höher eingeschätzt, als die befürchteten Risiken (ebd., S. 128). Das erfreuliche Ergebnis aus Österreich darf aber auch nicht über die Bedenken hinwegtäuschen, die viele gemeindepsychiatrische MitarbeiterInnen gegenüber diesem neuen Ansatz haben. Amering (2008) zählt zu diesen Bedenken u.a. die Entwertung professioneller Anstrengung (S. 60) oder „mangelnde persönliche Voraussetzungen wie Weiterbildung“ (S. 59). Dem zweiten Einwand versucht das „EX-IN“-Projekt<sup>27</sup> durch die Einführung einer standardisierten Weiterbildung für Psychiatrie-Erfahrene in Nordrhein-Westfalen entgegenzutreten (vgl. Tönnies & Buck, 2010). Das Projekt wird auch von den zwei Kostenträgern in Nordrhein-Westfalen, den

<sup>27</sup> EX-IN steht für Experienced Involvement, [...] die „Einbeziehung (Psychiatrie)-Erfahrener“ (Utschakowski, 2008, S. 85)

Landschaftsverbänden, wahrgenommen und in Form von z.B. Tagungen zur Thematik (vgl. Rheinland, o. J., S. 5 f.) unterstützt. Gegen die Experienced-Involvement-Ausbildung gibt es aber nicht ausschließlich von professioneller Seite zu überwindende Widerstände, sondern auch aus den Reihen der Psychiatrie-Erfahrenen, die ihre Skepsis vor allem mit den hohen Kosten der Ausbildung ohne eine anschließende Beschäftigungsgarantie begründen (vgl. Fricke, 2010). Hier bleibt es abzuwarten, in welchem Maße Evaluationsstudien zeigen, ob alle Seiten von dieser neuen Form gemeindepsychiatrischer Tätigkeit, insbesondere im Bereich der wohnbezogenen Hilfen, profitieren können. Eine randomisierte Interventionsstudie von Sells und Kollegen (2006) zum Einsatz von Peers als Casemanager kommt zu dem Ergebnis, dass "clients in the experimental condition reported feeling more liked, understood, and accepted by their providers than those in the control condition six months after entering treatment, and these effects disappeared at 12 months" (S. 1182). Zunächst mag dieses einerseits positive Ergebnis aufgrund der zeitlichen Inkonsistenz enttäuschen. Vor dem Hintergrund der Frage, wie der Übergang vom stationären zum ambulant betreuten Wohnen verbessert werden kann, ist es aber insofern ermutigend, als das Engagement von Peers insbesondere in den Monaten nach dem Wohnformwechsel eine sinnvolle Ergänzung im Betreuungssetting darstellen kann. Die befragten MitarbeiterInnen konnten auch zu der Idee des Angebots offener Sprechstunden zum Thema „ambulant betreutes Wohnen“ Stellung nehmen. Dreiviertel (75,2 %) aller Befragten zeigten sich dieser Idee gegenüber offen, wählten also die Antwortvorgabe „sehr gut geeignet“ oder die Skalenstufe „2“. Lediglich 1,5 % stehen diesem Vorschlag ganz ablehnend gegenüber (vgl. Abb. 18).

Eine offene Sprechstunde des betreuten Wohnens hat für NutzerInnen des Wohnheims den Vorteil, dass sie unabhängig von MitarbeiterInnen des Wohnheims die Möglichkeit haben, sich über die Rahmenbedingungen des ambulant betreuten Wohnens zu erkundigen und sich in diesem Zuge auch über Unterstützungsformen und Grenzen dieser Hilfe informieren können. Dies ist auch deshalb von Bedeutung, weil der Impuls, aus dem Wohnheim auszugehen, aus Sicht der Befragten häufig vom den WohnheimmitarbeiterInnen ausgeht (vgl. Abb. 19).



Im Sinne des Empowerment-Ansatzes (vgl. in diesem Zusammenhang Claassen & Priebe, 2010, S. 345) wäre es wünschenswert, wenn die NutzerInnen häufiger von sich aus initiativ würden. Nelson und Kollegen (2007) sehen in der Selbstbestimmung und der Kontrolle seitens der NutzerInnen ein zentrales Prinzip von betreuten Wohnformen: “Central principles of a supported housing approach [are] that consumers should have choice and control over where they live, how they live, and the professional support that they receive” (S. 97). Der Besuch einer offenen Sprechstunde ohne weitere professionelle Begleitung kann ein Bestandteil zur Steigerung von Selbstbestimmung sein.

#### 5.2.4.6 Offene Antworten

Insgesamt verteilen sich 41 offene Antworten<sup>28</sup> auf 30 BefragungsteilnehmerInnen, die die Möglichkeit hierzu genutzt haben. Viele der offenen Antworten greifen die Verbesserungsvorschläge aus den geschlossenen Fragen nochmals auf, betonen deren Wichtigkeit oder ergänzen diese. Im Fokus der Befragten stehen dabei vor allem die

<sup>28</sup> Enthielt die offene Antwort einer Person verschiedene Verbesserungsvorschläge, so wurden diese einzeln gezählt.

Flexibilisierung der Leistungen und Strukturen sowohl des stationären als auch des ambulant betreuten Wohnens, sowie die Kontinuität der Bezugspersonen (vgl. Tab. 6).<sup>29</sup>

<b>Thematische Einordnung der offenen Antworten (Verbesserungsvorschläge)</b>		
	<b>Anzahl</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
Weitere Nutzung stationärer Strukturen und Angebote nach Auszug	7	17,07
Verbesserung und Flexibilisierung des Leistungsumfangs im ambulant betreuten Wohnen	5	12,20
Kontinuität der Bezugspersonen	5	12,20
Flexibilisierung stationärer Wohnangebote	4	9,76
Bereitstellung von mehr Informationen oder unabhängiger Beratung zum ambulant betreuten Wohnen	4	9,76
Schaffung von bezahlbarem Wohnraum / Beachtung der Wohnumgebung	4	9,76
Sonstiges	4	9,76
Kontakte zwischen NutzerInnen der beiden Wohnbereiche	3	7,32
Treffen von NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens zum Erfahrungsaustausch	2	4,88
Verbesserung des gemeindepsychiatrischen Angebotes ohne Wohnformbezug	2	4,88
Erhöhung der Selbständigkeit von NutzerInnen vor Wohnheimauszug	1	2,44
<b>GESAMT</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>
Tab. 6		

Die Befragten nehmen vor allem die Wohnheime in die Pflicht: Häufig wird die Möglichkeit für ehemalige NutzerInnen, weiterhin an den Freizeitaktivitäten teilnehmen zu können, genannt. Aber auch die Übernahme von Rufbereitschaften durch den stationären Wohnbereich steht bei einigen Befragten auf der Wunschliste.

Faktisch findet eine Annäherung der bisherigen Leistungsspektren der jeweiligen Wohnbereiche statt. So gaben immerhin ein Fünftel der Befragten,<sup>30</sup> die in einem stationären Setting arbeiten, an, dass ihr Wohnheim bei einem NutzerInnenwechsel ins ambulant betreute Wohnen ein Wohnheimplatz für den Fall freihält, dass sich die

<sup>29</sup> Eine Auflistung der einzelnen Verbesserungsvorschläge befindet sich im Anhang.

<sup>30</sup> Da die Erhebung nur mitarbeiterInnenbezogen und nicht einrichtungsbezogen angelegt war, ist nicht auszuschließen, dass diese Befragten in der gleichen Einrichtung arbeiten.

NutzerInnen (noch) nicht im ambulanten Setting bewähren.<sup>31</sup> Eine Annäherung an die Leistungen stationärer Wohnformen von ambulanter Seite stellt das Konzept des intensiv betreuten Wohnens dar, in dem z.B. die Deckung von Betreuungsbedarfen bewilligt werden, die in der Vergangenheit im ambulanten Rahmen nicht zu realisieren waren. (vgl. Becker, 2011; Grauenhorst & Steinhart, 2011).

Auffällig ist bei den offenen Antworten, dass sich keine Statements zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den MitarbeiterInnen beider Wohnbereiche finden, sondern ausschließlich nutzerInnenbezogene Aussagen gemacht werden.

### ***5.2.5 Bewertungsunterschiede zwischen MitarbeiterInnen im stationären und ambulanten Wohnbereich in Bezug auf den Wohnformwechsel***

Dem Ansatz, zwischen den MitarbeiterInnen Unterschiede bei der Beantwortung der Fragen zum Wohnformwechsel zu identifizieren, liegen verschiedene Annahmen zu Grunde. Zum einen können differierende Vorstellungen zwischen den MitarbeiterInnen beider Wohnbereiche zu Irritationen in der Zusammenarbeit führen, weil nicht miteinander sondern gegeneinander gearbeitet wird. Zum anderen stellt sich bei gegenläufigen Meinungen mitunter die Frage, ob tatsächlich immer die Perspektive der NutzerInnen eingeschlossen wird oder ob auf der einen oder anderen Seite ein Informationsdefizit vorliegt. Andererseits müssen unterschiedliche Ansichten und Einschätzungen nicht immer auf problematische Sachlagen hinweisen, insbesondere weil die MitarbeiterInnen der Wohnbereiche verschiedene Lebensabschnitte der NutzerInnen begleiten.

Aufgrund der besonderen Position von Einrichtungen, die ausschließlich ambulant betreutes Wohnen vorhalten (im Folgenden auch Bewo-Anbieter),<sup>32</sup> wurden im Rahmen einer Subgruppenanalyse die Einschätzungen der MitarbeiterInnen aus diesen Einrichtungen mit jenen, die beide Wohnformen anbieten, verglichen.

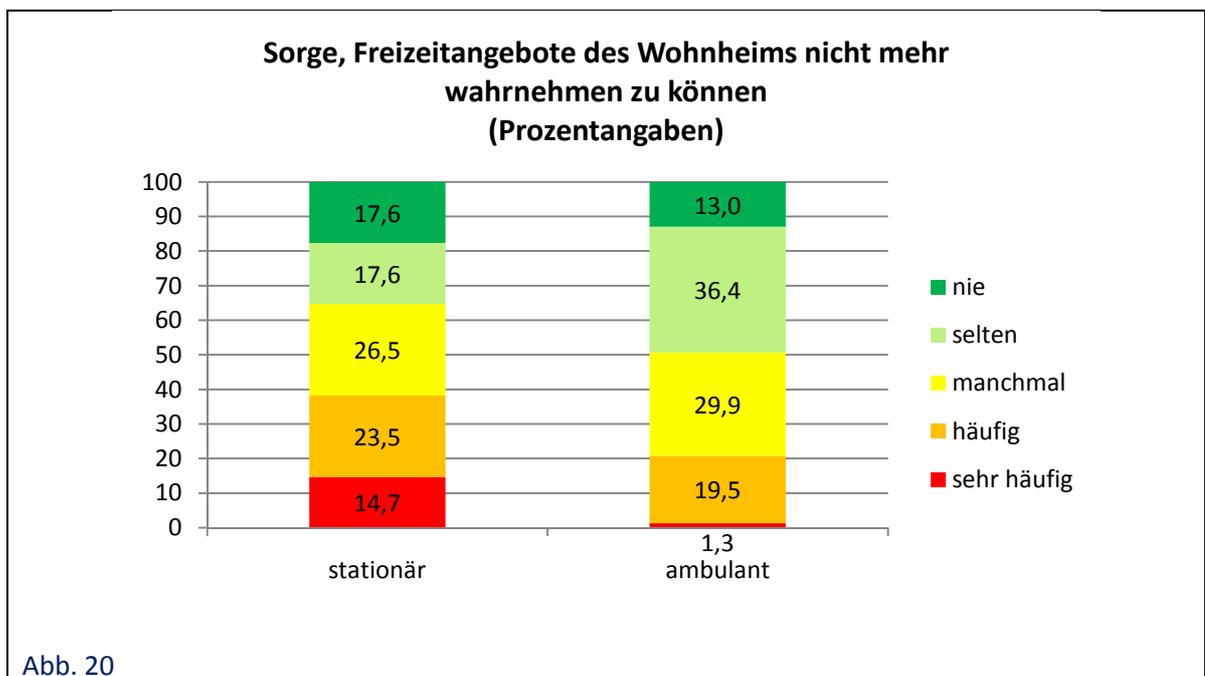
---

<sup>31</sup> Siehe hierzu auch Grafik im Anhang.

<sup>32</sup> Die Abkürzung „BEWO“ bzw. „Bewo“ hat sich in großen Teilen von Nordrhein-Westfalen als Synonym für das ambulant betreute Wohnen etabliert.

### 5.2.5.1 Ängste und Sorgen der NutzerInnen im Zusammenhang mit einem Wohnformwechsel

Während die MitarbeiterInnen des stationären Wohnens nach der Häufigkeit von Ängsten befragt wurden, die sie bei den NutzerInnen im Zusammenhang mit einem Wohnformwechsel beobachten, sollten die MitarbeiterInnen des ambulant betreuten Wohnens diese einschätzen, ohne dass sie sie beobachten können. Bemerkenswert sind dabei die geringen Differenzen zwischen den Einschätzungen der WohnheimmitarbeiterInnen und jenen aus dem ambulant betreuten Wohnen.<sup>33</sup> Lediglich bei einer Frage findet sich ein schwach signifikanter Unterschied<sup>34</sup> zwischen den Beobachtungen der WohnheimmitarbeiterInnen und den Einschätzungen der Beschäftigten im ambulant betreuten Wohnen (vgl. Abb. 20).

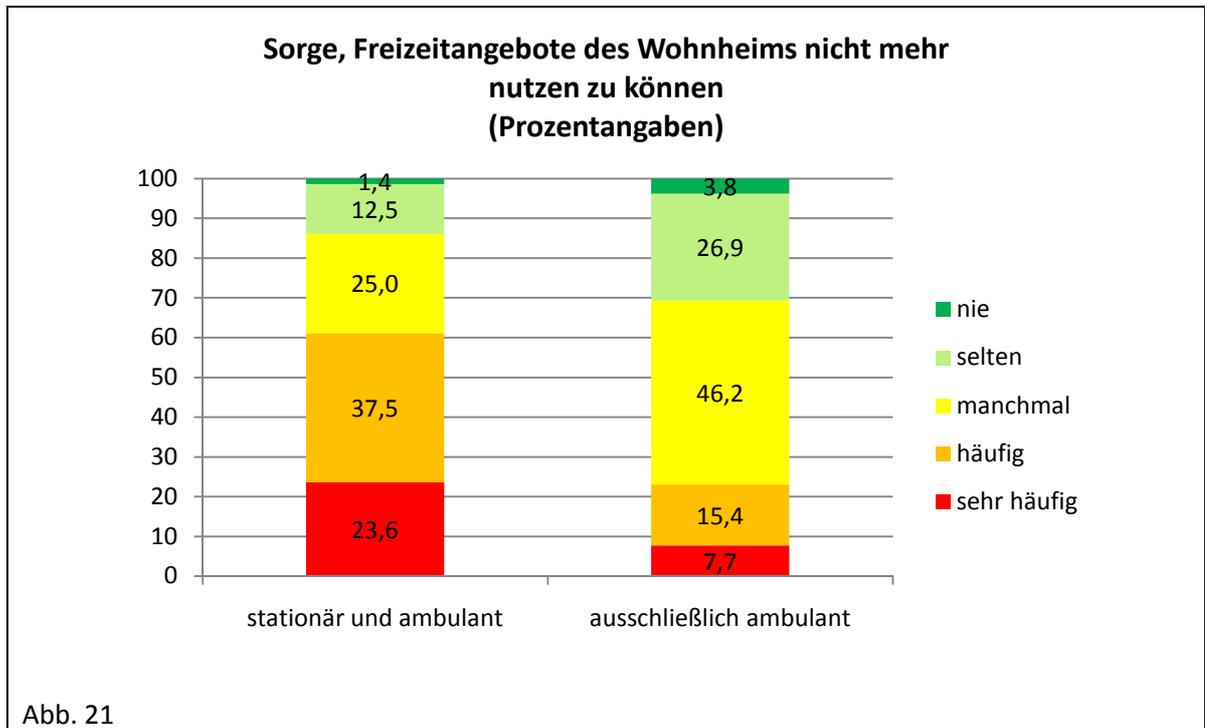


Aus Sicht der WohnheimmitarbeiterInnen spielt die Sorge der KlientInnen, nicht mehr an den Freizeitangeboten des Wohnheims teilnehmen zu können, eine größere Rolle, als dies

<sup>33</sup> Eine Übersicht befindet sich im Anhang.

<sup>34</sup> Nach Dichotomisierung der Frage (häufiger/seltener) durch Zusammenfassung der Skalenwerte „sehr häufig“/„häufig“ und „selten“/„nie“ ergibt sich eine Signifikanz von 0,049 (Test nach Fisher).

aus Sicht der MitarbeiterInnen des ambulanten Bereichs der Fall ist. Diese Differenzen werden noch deutlicher, wenn man die Einschätzungen von MitarbeiterInnen vergleicht, die einerseits in einer Einrichtung arbeiten, die sowohl ambulante als auch stationäre Wohnformen vorhalten und denen der Bewo-Anbieter (vgl. Abb. 21).<sup>35</sup>



Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ambulante MitarbeiterInnen in Einrichtungen mit beiden Wohnformen für dieses Thema stärker sensibilisiert sind als jene, in deren Einrichtung lediglich eine ambulante Wohnform vorgehalten wird.<sup>36</sup>

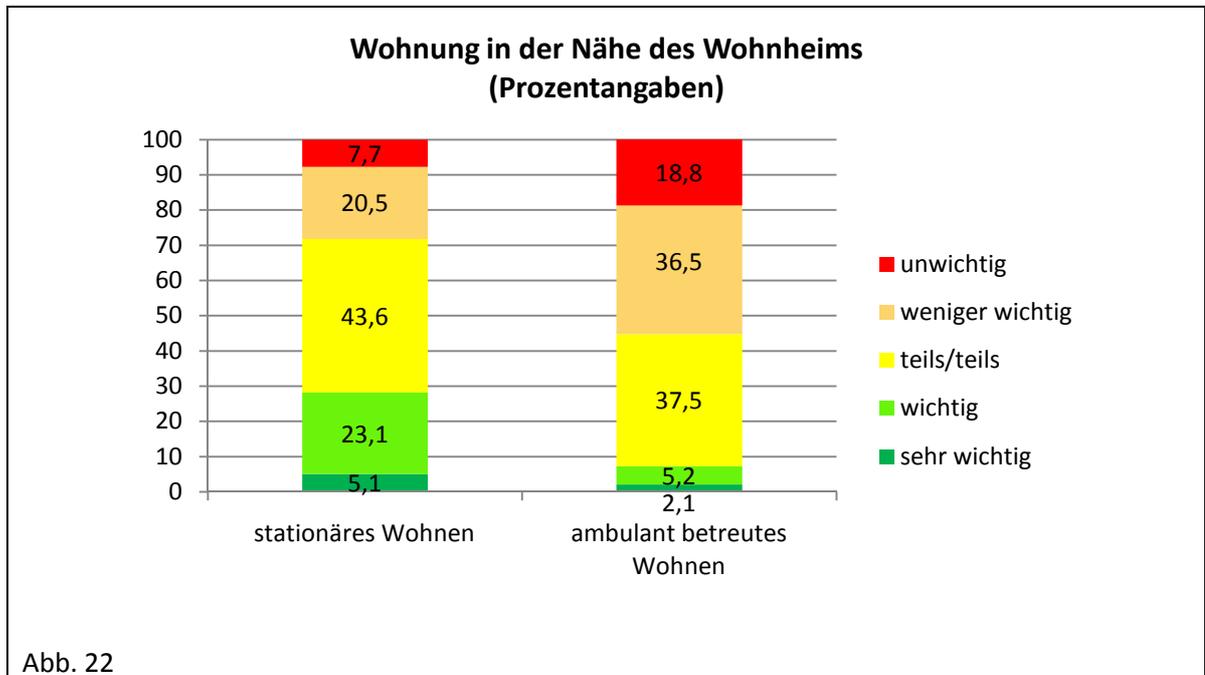
#### 5.2.5.2 Wohnumgebung

Bei der Frage nach der Wichtigkeit von Faktoren der zukünftigen Wohnumgebung bezüglich jener NutzerInnen, die aus dem Wohnheim ausziehen möchten, finden sich

<sup>35</sup> Nach Zusammenfassung in drei Merkmalsausprägungen (Kategorie 1  $\hat{=}$  sehr häufig/häufig, Kategorie 2  $\hat{=}$  manchmal und Kategorie 3  $\hat{=}$  selten/nie) ergibt sich  $\chi^2=11,172$  und  $p=0,004$ .

<sup>36</sup> Zur Kontrolle wurde außerdem gegengeprüft, ob bei jenen MitarbeiterInnen deren Einrichtung ausschließlich ein ambulantes Setting vorhält, keine Erfahrungen mit NutzerInnen, die aus dem Wohnheim ausgezogen sind, vorliegen. Diese Erfahrung weist aber die große Mehrheit (80,6%) dieser Subgruppe auf.

zwischen den MitarbeiterInnen lediglich bei einer Frage signifikante Unterschiede.<sup>37</sup> MitarbeiterInnen des stationären Wohnens halten die Wohnnähe zum Wohnheim für wichtiger als die Befragten aus dem ambulanten Wohnen (vgl. Abb. 22). Auf mögliche Gründe wurde bereits im Kapitel 5.2.3.4 eingegangen.



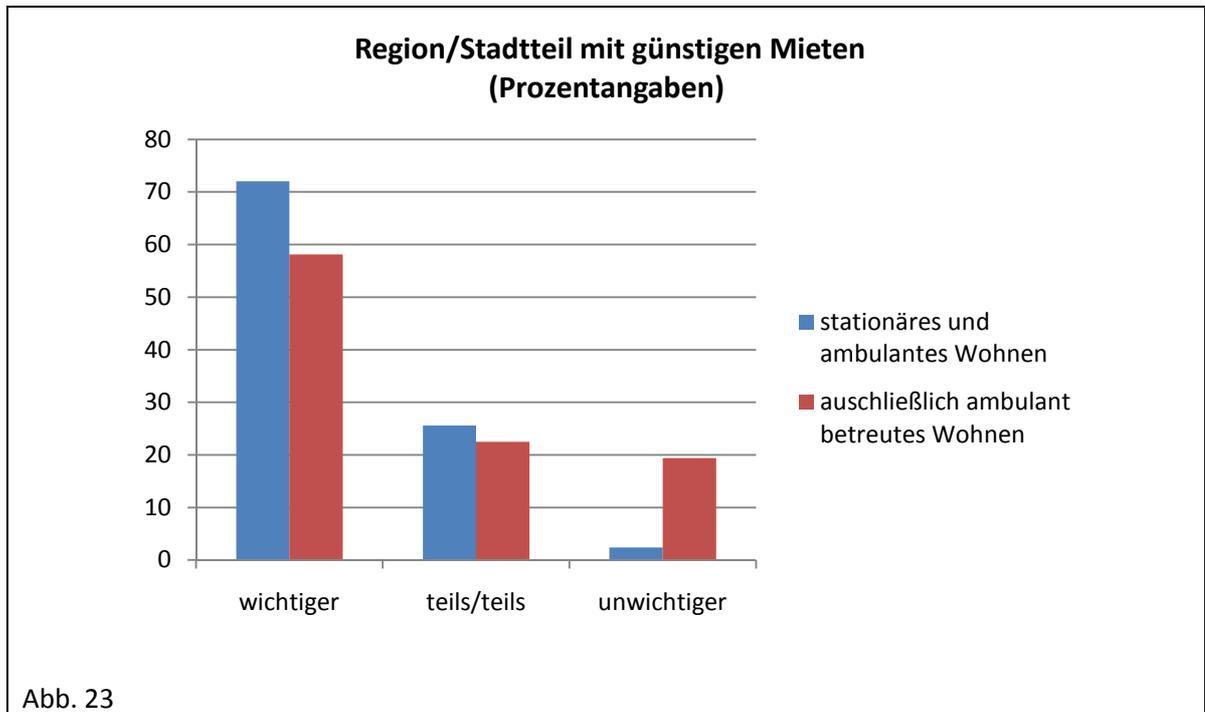
Eine Subgruppenanalyse ergab zudem, dass MitarbeiterInnen aus Einrichtungen mit beiden Wohnformen gegenüber den Bewo-Anbietern signifikant<sup>38</sup> häufiger die Wichtigkeit von Regionen oder Stadtteilen mit günstigen Mieten betonen (vgl. Abb. 23).

Der Grund hierfür kann einerseits darin liegen, dass größere Wohnanbieter mit verschiedenen Wohnformen eher in größeren Städten angesiedelt sind, in denen gegenüber ländlichen Regionen Wohnungen oft teurer sind. Geht man andererseits davon aus, dass größere Einrichtungen NutzerInnen aus dem stationären Bereich im einrichtungseigenen ambulanten Wohnbereich weiterbetreuen, so ergeben sich hier mitunter häufiger Problemkonstellationen bei der Wohnraumbeschaffung, wodurch die Thematik bei diesen Befragten beim Ausfüllen des Fragebogen präsenter sein könnte.

<sup>37</sup>  $\chi^2=13.625$ ;  $p=0,001$ ; Die Kategorien „sehr wichtig“ und „wichtig“ sowie „weniger wichtig“ und „unwichtig“ wurden bei der Signifikanzberechnung zusammengefasst.

<sup>38</sup> Bei Zusammenfassung der Antworten in drei Kategorien ergibt sich:  $\chi^2=9,812$  und  $p=0,007$ .

Diese These wird z.B. durch den Aufsatz von Grauenhorst und Steinhart (2011) gestützt, die über einen großen Anbieter wohnbezogener Hilfen berichten, der zum Zwecke der Wohnraumbeschaffung bereits mit zwei großen Wohnungsgesellschaften kooperiert (S. 31).

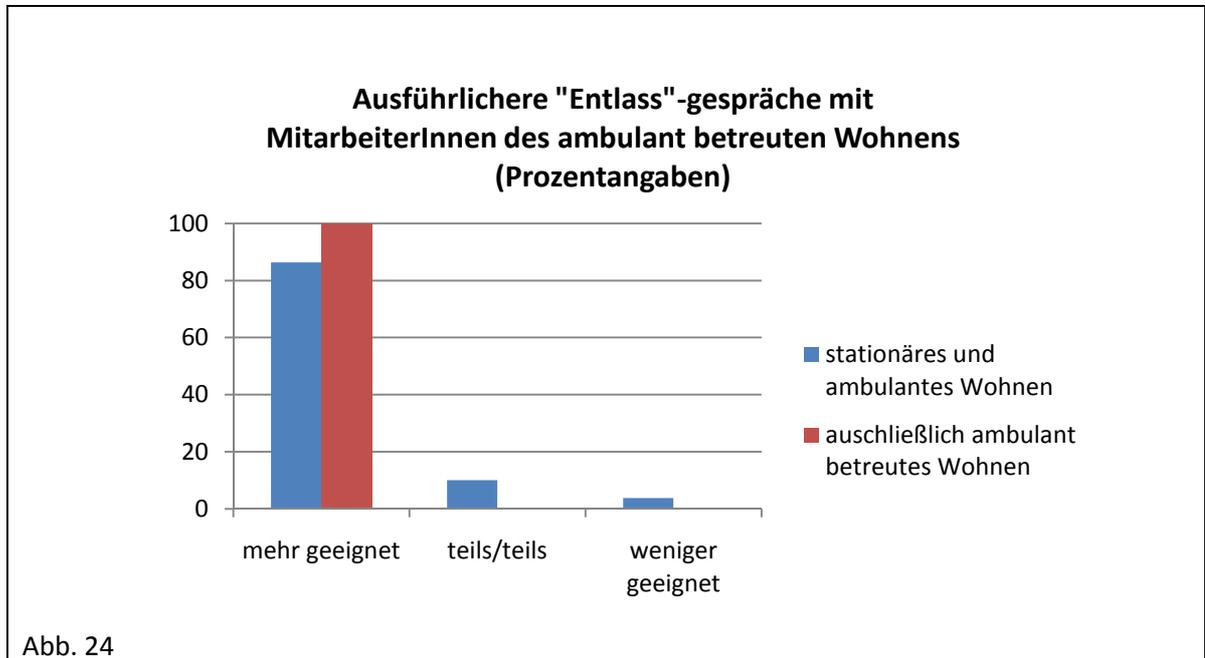


Bei allen anderen Fragen zur Wohnumgebung zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den MitarbeiterInnen beider Wohnbereiche. Hierzu muss aber methodisch einschränkend angemerkt werden, dass die Art der Fragestellung hohe Zustimmungswerte für die Wichtigkeit aller genannten Wohnumgebungsfaktoren zuließ und die Befragten z.B. nicht gezwungen waren, Prioritäten zu bilden (z.B. in Form einer Rangliste), die andere Faktoren einschränken oder ausschließen.

#### 5.2.5.3 Verbesserungsvorschläge

Bei der Bewertung von Verbesserungsvorschlägen im Hinblick auf den Wohnformwechsel von NutzerInnen decken sich die Einschätzungen der MitarbeiterInnen beider Wohnbereiche. Signifikante Unterschiede finden sich nicht, lediglich bei dem Vorschlag ausführlichere Entlassgespräche durchzuführen, zeigt sich die Tendenz, dass

MitarbeiterInnen von Bewo-Anbietern diesen Vorschlag stärker stützen als jene aus Einrichtungen mit beiden Wohnbereichen (vgl. Abb. 24).



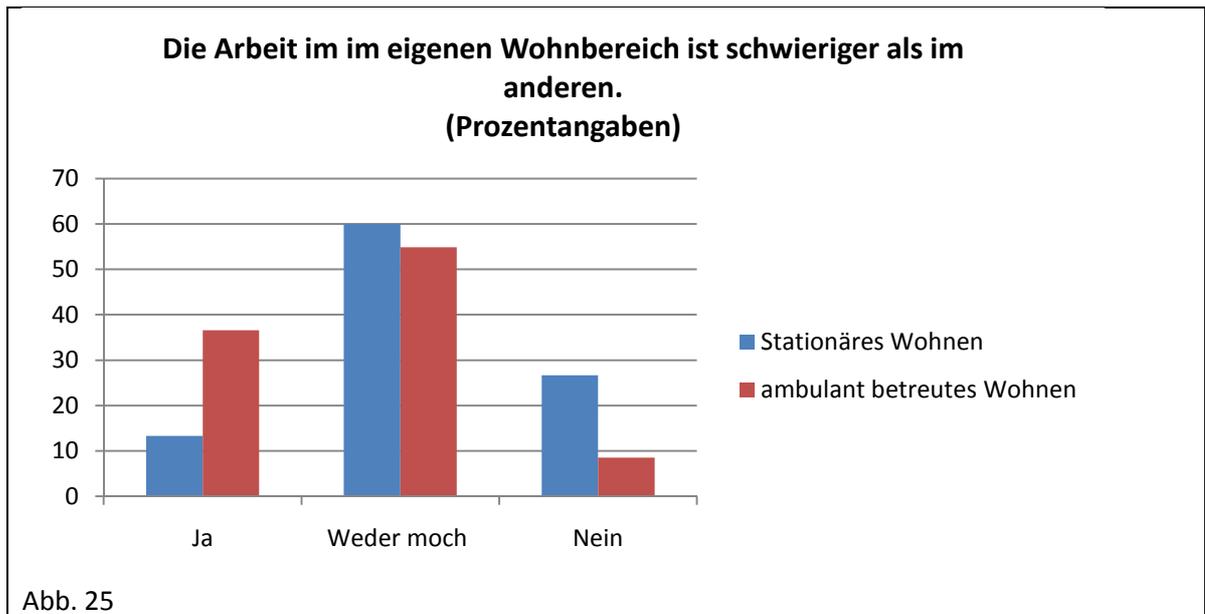
Bei aller Zurückhaltung aufgrund des nicht-signifikanten Ergebnisses kann hier aber die sich abzeichnende Problematik erwähnt werden, dass bei einem Wohnformwechsel in Richtung eines externen Bewo-Anbieters sich weniger ausführliche Entlassgespräche ergeben, als dies innerhalb eines Wohnverbundes der Fall ist.

### **5.2.6 Vergleich der Arbeitsbelastungen in beiden Wohnbereichen**

Grundsätzlich sind Tätigkeiten im (gemeinde-)psychiatrischen Arbeitsfeld belastend (vgl. z.B. Heltzel, 2003; Posser et al., 1997; Priebe, Fakhoury, Hoffmann & Powell, 2005). Aufgrund von alltagsempirischen Erkenntnissen im Berufsleben ergab sich im Rahmen der Planung zu dieser Studie die Hypothese, dass MitarbeiterInnen des ambulant betreuten Wohnens sich durch ihre Tätigkeit belasteter fühlen als MitarbeiterInnen von Wohnheimen. Eine solche höhere subjektiv erlebte Arbeitsbelastung kann sich wiederum negativ auf eine konstruktive Zusammenarbeit z.B. im Rahmen des Wohnformwechsels von NutzerInnen oder der Flexibilisierung von wohnbezogenen Hilfen auswirken, weil z.B. ambulante MitarbeiterInnen sich in der wahrgenommenen Mehrbelastung nicht ernst genommen fühlen oder der Meinung sind, diese würde in der Zusammenarbeit nicht

berücksichtigt. Im Folgenden soll dargestellt werden, ob die Hypothese bzgl. einer unterschiedlichen Einschätzung bezüglich der Arbeitsbelastung durch die erhobenen Daten gestützt wird.

Tatsächlich ist der Anteil derjenigen, die die Arbeit im direkten Vergleich im eigenen Arbeitsbereich schwieriger finden, bei MitarbeiterInnen des ambulant betreuten Wohnens signifikant<sup>39</sup> höher (vgl. Abb. 25).



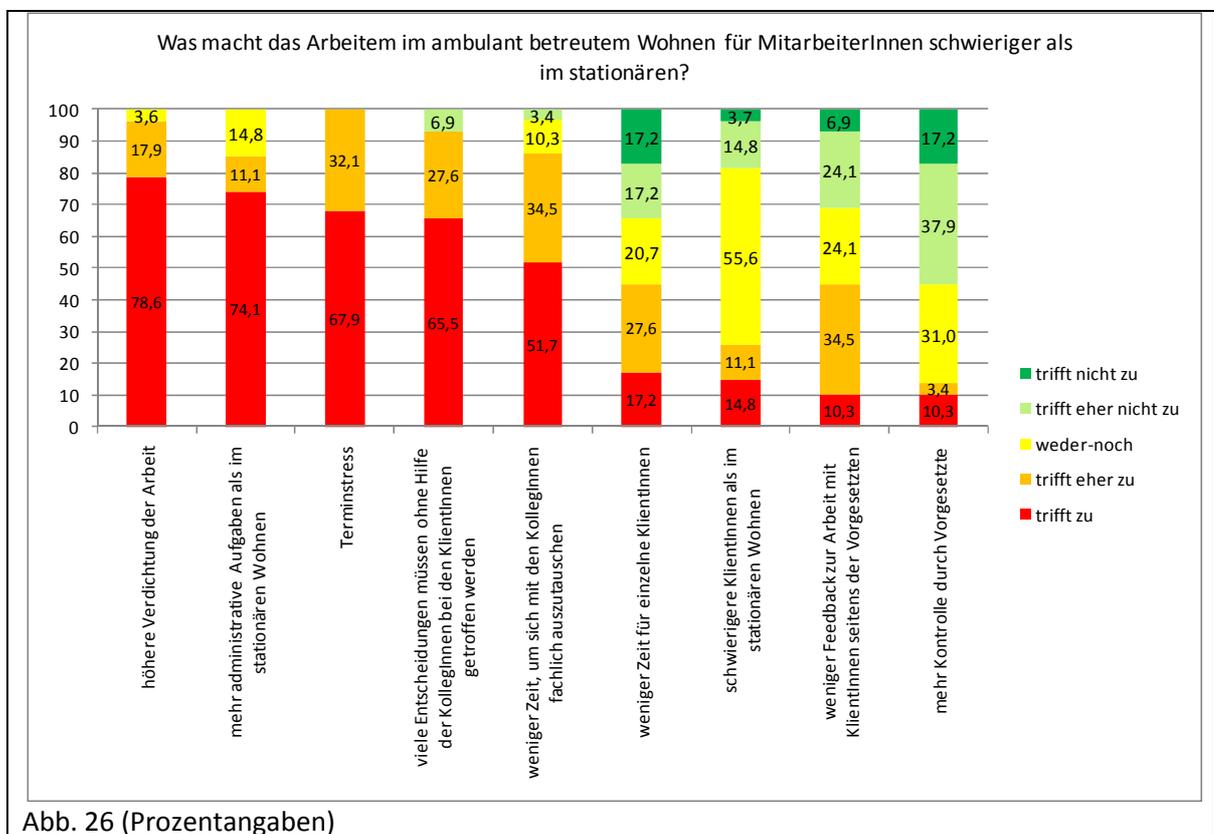
Dieses Ergebnis lässt sich durch die Literatur nicht eindeutig stützen. Zwar gibt es vielfältige Studien zur Arbeitsbelastung im psychiatrischen Bereich, insbesondere aus den USA und Großbritannien, diese untersuchen aber meist die unterschiedlichen Arbeitsbelastungen zwischen dem klinischen und dem komplementären Arbeitsfeld (vgl. Fagin, Brown, Bartlett, Leary & Carson, 1995; Posser et al., 1997; Sørgaard, Ryan, Hill & Dawson, 2007), das Gleichsetzen der Arbeit im stationär-klinischen Bereich mit der im Wohnheim ist m.E. aber nicht legitim.

Schließt man ausschließlich jene MitarbeiterInnen des betreuten Wohnens in die Analyse ein, die aktuelle oder zurückliegende Erfahrungen im stationären Wohnbereich aufweisen, dann verringern sich die Unterschiede zu den MitarbeiterInnen des stationären Bereichs und sind nicht mehr signifikant. Das lässt darauf schließen, dass bei persönlicher

<sup>39</sup>  $\chi^2=9,405, p=0,009$

Arbeitserfahrung in beiden Wohnbereichen, die Belastungen ähnlich hoch eingeschätzt werden. Es empfiehlt sich daher, MitarbeiterInnen aus dem ambulanten Bereich die Hospitation im Wohnheim zu ermöglichen, um nicht nur die Arbeitsinhalte und -abläufe dort besser nachvollziehen zu können, sondern auch um die spezifischen Belastungsfaktoren kennenzulernen.

In einem weiteren Schritt konnten MitarbeiterInnen des ambulanten Wohnens, die ihre eigene Arbeit als schwieriger gegenüber der im stationären Wohnen einstufen, Auskunft darüber geben, worin die Gründe für ihre Einschätzung liegen (vgl. Abb. 26).



Drei Belastungsfaktoren werden besonders häufig genannt: eine höhere Verdichtung der Arbeit, mehr administrative Aufgaben und Terminstress. Hier finden sich keine Befragten, die die Einschätzung ablehnen („trifft eher nicht zu“/„trifft nicht zu“), dass diese Belastungsfaktoren das Arbeiten im ambulanten Wohnen gegenüber dem stationären schwieriger machen.

Die beschriebenen Ergebnisse decken sich mit denen der qualitativen Untersuchung von Reid et al. (1999), die u.a. MitarbeiterInnen von ambulanten Settings in der

Gemeindepsychiatrie nach Faktoren der Arbeitsbelastung befragten. Von den InformantInnen werden als Gründe für Arbeitsdruck, der nicht im direkten Zusammenhang mit der Beziehung zu NutzerInnen steht, vor allem die Arbeitsbelastung aufgrund einer Vielzahl von zu betreuenden NutzerInnen benannt: „[...] the main sources of pressure at work identified by community staff related to work overload [...]. Large caseloads, large numbers of referrals were frequently identified [...] as factors making their work difficult or stressful” (S. 305). Als belastend werden in dieser Studie auch die Schwierigkeiten bei der Bewältigung von vielfältigen Aufgaben und gleichzeitig begrenzten Zeiträumen beschrieben, insbesondere wenn Krisen parallel zu den alltäglichen Arbeiten zu bewältigen sind (ebd.), was inhaltlich dem Begriff der Arbeitsverdichtung recht nahe kommt, die von den befragten MitarbeiterInnen des ambulant betreuten Wohnens in dieser Studie als Hauptbelastungsfaktor gewertet wird (vgl. Abb. 26). In einer Studie von Eink (2006) beschreibt ein Experte im Interview das „Gefühl, 'mehr Arbeit in der gleichen Zeit leisten zu müssen““ (S. 52). In dieser Studie wird nicht zwischen wohnbezogenen und anderen Einrichtungen differenziert, es wurden außerdem auch MitarbeiterInnen des stationären Wohnens befragt, d.h. auch diese erleben eine Verdichtung der Arbeit.

Im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Aufgaben steigt zudem der Terminstress, den ein Informant bei Reid et al. (1999) beschreibt: „It`s the unpredictable nature of this massive crises work... it`s frustrating, because you`re endlessly having to prioritise and re-prioritise and re-shift in your diary... it`s a bit of a juggling act” (S. 305). Die beschriebene häufige Belastung durch Terminstress deckt sich ebenfalls mit den Einschätzungen in dieser Studie: Alle Befragten gaben an, Terminstress mache ihre Arbeit schwieriger, als die im stationären Setting.<sup>40</sup>

Das höhere Ausmaß an administrativen Aufgaben, die zu erledigen sind, macht aus Sicht der Respondenten das Arbeiten im ambulanten Wohnen gegenüber den Tätigkeiten in stationären Wohnformen schwieriger und steht an zweiter Stelle bei den Nennungen. Ob der Anteil administrativer Aufgaben im einen Arbeitsfeld höher ist als im anderen, lässt sich nicht eindeutig durch Studien beziffern. Eink (2006) stellt in seiner qualitativ

---

<sup>40</sup> Das heißt, alle wählten die Antwortkategorie „trifft zu“ oder „trifft eher zu“.

angelegten Studie fest, dass MitarbeiterInnen aus verschiedenen gemeindepsychiatrischen Arbeitsfeldern „einen drastisch gesteigerten Dokumentationsaufwand“ (S. 52) beklagen.

Eine höhere Belastung wird möglicherweise durch die ambulanten MitarbeiterInnen mit den umfangreichen Dokumentationspflichten im Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen assoziiert. Andererseits ist der Dokumentationsaufwand im Wohnheim z.B. im Rahmen einer erhöhten Fürsorgepflicht oder der Ausgabe von Medikamenten ebenfalls sehr hoch. Allgemein lässt sich sagen, dass die Bürokratie in gemeindepsychiatrischen Arbeitsfeldern zugenommen hat (vgl. Regus, 2006, S. 4; Teising, 2011) aber bürokratisches Handeln durchaus auch im Sinne der NutzerInnen sein kann (vgl. Bosshard, Ebert & Lazarus, 2010, S. 70). So dient die Erfassung der Fachleistungsstunden im ambulant betreuten Wohnen nicht ausschließlich zur Kontrolle von erbrachten Leistungen seitens des Kostenträgers, sondern auch der Überprüfung durch die NutzerInnen.

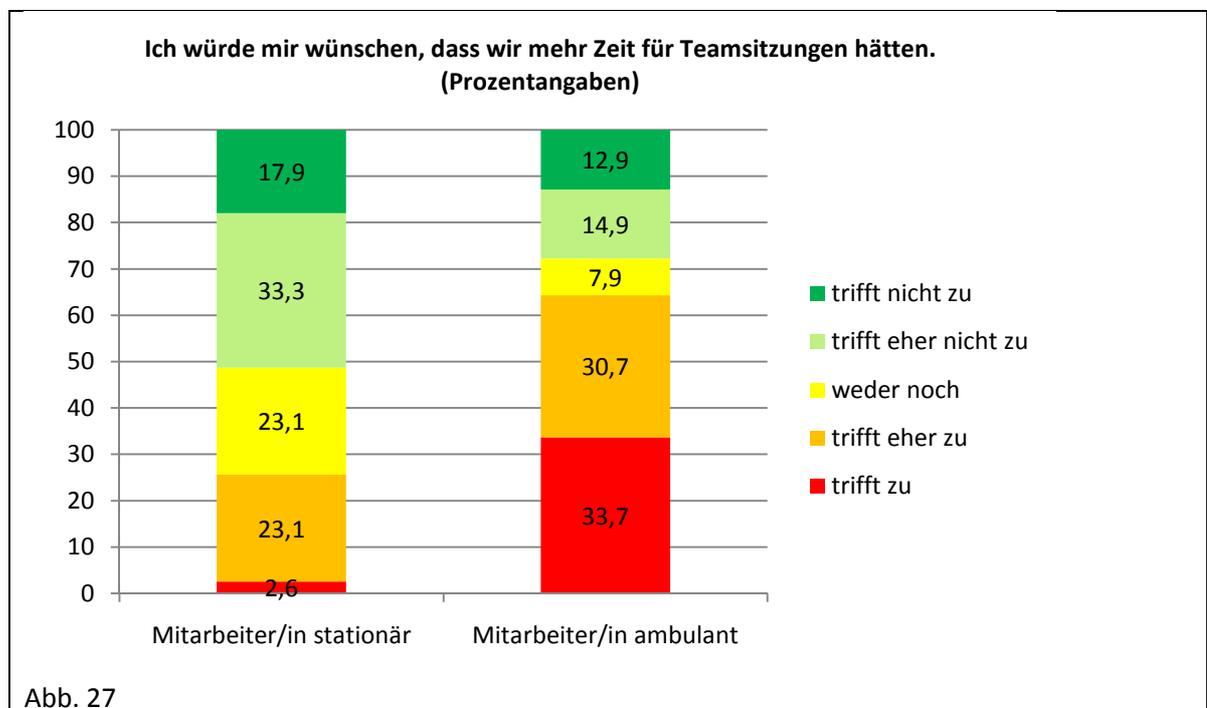
Die Belastungen aufgrund von administrativen Aufgaben in der Gemeindepsychiatrie sind durch die Literatur gut belegt. Swoboda et al. (2006) befragten in Österreich Personen, die in der Gemeindepsychiatrie arbeiten u.a. danach, was in der beruflichen Tätigkeit keinen Spaß macht, bzw. hinderlich ist. Besonders viele Nennungen bezogen sich in diesem Zusammenhang auf „übermäßige Dokumentation und Administration“ (S. 71). Casemanager erleben „excessive paperwork“ (Angel & Mahoney, 2007, S. 177) und in einer Studie von Posser et al. (1997) zur Arbeitsbelastung in der Gemeindepsychiatrie wird die Bürokratie als ein Stressfaktor identifiziert „bureaucracy and paperwork were again found to be important sources of stress“ (S. 58).

Für eine große Mehrheit (65,5 % wählten die Kategorie „trifft zu“) macht die Tatsache, dass Entscheidungen oft bei KlientInnen ohne Unterstützung der KollegInnen getroffen werden müssen, die Arbeit im ambulanten Bereich gegenüber dem stationären schwieriger. Reid et al. (1999) identifizieren diesen Belastungsfaktor, insbesondere im Zusammenhang mit Krisen, ebenfalls: “Fears about a crisis arising when patients relapse and often having to deal alone with with these situations where a related source of pressure” (S. 304).

Inhaltlich verwandt ist die Belastung durch einen Mangel an Zeit für den fachlichen Austausch mit KollegInnen, die auf etwas über die Hälfte (51,72 %) der Befragten uneingeschränkt zutrifft. In der qualitativ angelegten Studie von Donnison, Thompson und Turpin (2009) zu Stressfaktoren in der gemeindepsychiatrischen Arbeit beschreibt ein Informant genau diese Problematik: „The communication within the team could be better... there seems to be this lack of time and an impatience... (which tends) to stifle more

thorough discussion within the team meeting...” (S. 313). Und Schlichte (2009) betont in ihrem Buch zum ambulant betreuten Wohnen die Bedeutung des kollegialen Austausches: „Um jemanden zu unterstützen, benötigen wir Kolleginnen und Kollegen, die andere Blickwinkel, andere Geschichten und Interessen, andere Gedanken und Ideen einbringen, die unsere Entscheidungen überprüfen, aber auch mittragen. Wir müssen uns also untereinander austauschen“ (S. 126 f.).

Die Möglichkeit des Austausches mit KollegInnen im Rahmen von Teamsitzungen ist aus Sicht der Befragten, die im ambulant betreuten Wohnen arbeiten, ausbaufähig. Fast zwei Drittel (64,4 %) wünschen sich, mehr Zeit für Teamsitzungen zu haben (vgl. Abb. 27).<sup>41</sup>



Diesen Wunsch hegt dagegen nur ein Viertel (25,7 %) der MitarbeiterInnen aus dem stationären Wohnbereich, die Unterschiede zwischen den Wohnbereichen sind hochsignifikant.<sup>42</sup>

<sup>41</sup> Das heißt, sie haben auf die Aussage „Ich würde mir wünschen, dass wir mehr Zeit für Teamsitzungen hätten“ mit „trifft zu“ oder „trifft eher zu“ geantwortet.

<sup>42</sup>  $\chi^2=22,091$ ;  $p=0,000$

Weiteren Faktoren wird von den Befragten zwar weniger Bedeutung zugemessen, als den oben dargestellten, hier stechen aber zwei heraus: 44 % der befragten MitarbeiterInnen des ambulanten Wohnens stützen die Aussagen, dass die Arbeit im eigenen Bereich schwieriger ist als im stationären, weil man weniger Zeit für die einzelnen NutzerInnen hat und weil man weniger Feedback zur Arbeit mit den NutzerInnen seitens der Vorgesetzten erhält (vgl. Abb. 26). Rund ein Viertel (25,9%) meint, es treffe zu, dass die KlientInnen im ambulant betreuten Wohnen schwieriger sind, als im Wohnheim.

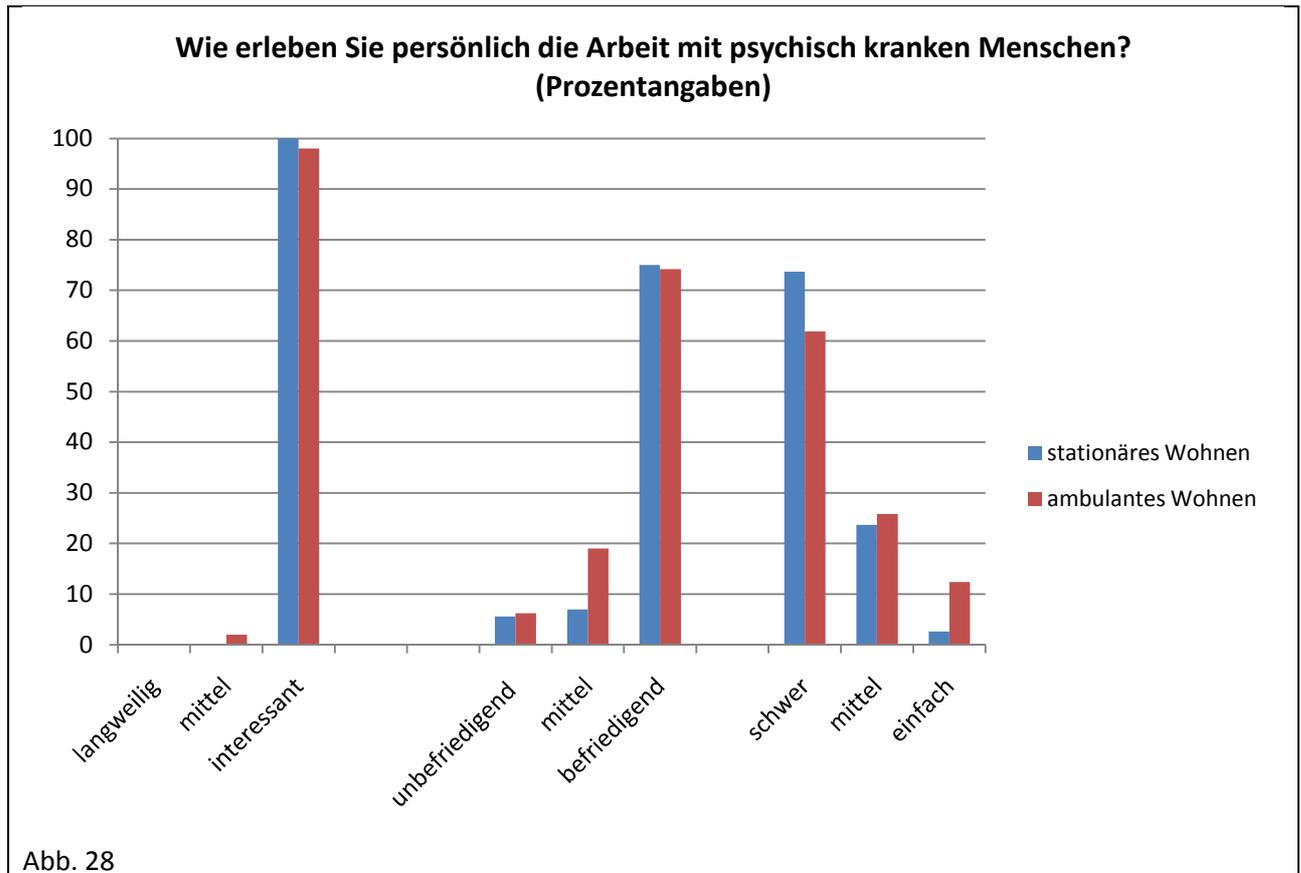
Es lässt sich an dieser Stelle also zusammenfassend feststellen, dass MitarbeiterInnen des ambulanten Wohnens, fragt man sie nach dem direkten Vergleich mit dem stationären Wohnen, ihre Arbeit als schwieriger erleben.

Bemerkenswerterweise lässt sich dieses Ergebnis nicht reproduzieren, wenn ausschließlich nach dem Erleben der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen und ohne den direkten Vergleich zum anderen Wohnbereich gefragt wird. Diese Möglichkeit wurde den BefragungsteilnehmerInnen zu Beginn des Online-Fragebogens gegeben. Sie konnten innerhalb von verschiedenen Dimensionen (schwer-einfach, unbefriedigend-befriedigend, interessant-langweilig) ihr Erleben der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen einschätzen. Anhand der Abbildung 28 kann nachvollzogen werden, wie gering die Unterschiede in den Einschätzungen bei den MitarbeiterInnen der beiden Wohnbereiche sind.<sup>43</sup>

Dieses Ergebnis deutet daraufhin, dass nicht die Arbeit mit den NutzerInnen als isolierter Faktor zu betrachten ist, wenn es um die Arbeitsbelastung im ambulanten Wohnbereich geht, sondern vielmehr die strukturellen Arbeitsbedingungen für das Gefühl von Belastung eine bedeutende Rolle spielen. Andererseits, das zeigt die hohe Übereinstimmung zwischen den beiden Arbeitsbereichen, strahlen die wahrgenommen Belastungen der ambulanten MitarbeiterInnen nicht per se auf die Bewertung der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen aus. Vielmehr kann eine befriedigende direkte Arbeit mit den NutzerInnen dazu führen, dass hohe Arbeitsbeanspruchungen ausgeglichen werden.

---

<sup>43</sup> Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ließen sich für keine der drei Dimension feststellen.



Swoboda et al. (2006) beschreiben dieses Phänomen in ihrer Untersuchung: „Auch dürfte der bei 83% der Mitarbeiter vorhandene Spaß am Klientinnenkontakt, der in unserer quantitativen Studie mit dem Ausmaß an subjektiver Leistungsfähigkeit positiv korrelierte, einen Beitrag zur Burn-out-Prophylaxe leisten“ (S. 71). Carpenter, Schneider, Brandon und Woof (2003) konstatieren, dass nach Jones et al. (1991) „work can be demanding without becoming stressful because some other aspects of the job can neutralize the strain“ (S. 1099). Denkbare Entlastungsfaktoren im ambulant betreuten Wohnen können z.B. ein hohes Maß an Selbstbestimmung in Bezug auf die Arbeitszeitgestaltung<sup>44</sup> und den pädagogischen Stil sein. Auch dass Fortschritte bei NutzerInnen eher der eigenen Arbeit zugeordnet werden können und möglicherweise weniger das Ergebnis einer Teamleistung wie im Wohnheim darstellen, kann zu einer höheren Arbeitszufriedenheit beitragen.

<sup>44</sup> So wird im ambulant betreuten Wohnen in der Regel nicht im Schichtdienst gearbeitet.

## **6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Praxis**

Für die Zukunft ist in Nordrhein-Westfalen mit der Zunahme von Wohnformwechseln, insbesondere vom stationären Bereich in Richtung des ambulant betreuten Wohnens zu rechnen, die die Kostenträger mithilfe von strukturellen, fachlichen und finanziellen Instrumenten forcieren. Wohnheime werden dabei immer weniger als Dauerlösung für psychisch erkrankte Menschen gesehen, sondern als Einrichtungen mit rehabilitativem Charakter. Das heißt, die Zielorientierung der Hilfeplanung im stationären Wohnen fokussiert langfristig auf die Befähigung zum Leben in einer eigenen Wohnung. Damit gewinnt die gemeindepsychiatrische soziale Arbeit an der Schnittstelle zwischen den Wohnformen an Bedeutung. Für NutzerInnen stationärer Wohnformen stellt der Wechsel in eine eigene Wohnung oder eine Wohngemeinschaft außerhalb des Wohnheims häufig eine bedeutende Veränderung in ihrem Leben dar. Die Sicht von NutzerInnen, die diese Veränderung bereits erlebt haben, sollte im Rahmen von qualitativen Interviews mittels eines Interviewleitfadens erschlossen werden.

Die wichtigsten zwei Ergebnisse aus der Analyse der qualitativen Interviews sind, dass die NutzerInnen den Wohnformwechsel unter pragmatischen Gesichtspunkten betrachten und als ein Zeichen fortschreitender Gesundheit sehen. Vor allem das Gefühl finanzieller Sicherheit beim Einzug in die eigene Wohnung wird von den Interviewten betont. Von großer positiver Bedeutung ist das sogenannte Entlassgeld bzw. die Starthilfe, die die Anschaffung von Möbeln und Haushaltsgegenständen ermöglicht.

Während der Landschaftsverband Rheinland 2000 Euro Startgeld an WohnheimnutzerInnen bei einem Wohnformwechsel zahlt, orientiert man sich im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland am finanziellen Bedarf der NutzerInnen in dieser Situation. Aufgrund der niedrigen Fallzahl lässt sich nicht eruieren, ob die unterschiedliche Finanzierung sich auf die Bereitschaft der NutzerInnen zum Wohnformwechsel auswirkt.

Insbesondere für WohnheimbewohnerInnen, die eine solch hohe Rente erhalten, dass sie sowohl den Lebensunterhalt als auch die Mietkosten selbst decken müssen, ist es wichtig, die Miethöhe zu kalkulieren. Dem frühen Thematisieren der zukünftigen finanziellen Spielräume sollte also eine hohe Bedeutung zukommen.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis aus der NutzerInnenbefragung ist die Erkenntnis, dass zumindest in der Rückschau aus der aktuellen Perspektive des ambulant betreuten Wohnens die Wohnheimzeit in Gänze als Vorbereitungszeit für das Leben außerhalb des

Wohnheims wahrgenommen wird. Dies ist bei den Interviewten auch dann der Fall gewesen, wenn sich das Wohnen im Wohnheim über mehrere Jahre erstreckt hat. Daraus lässt sich ableiten, dass ein Wohnheimaufenthalt für die BewohnerInnen womöglich Übergangscharakter hat. Die pädagogische Arbeit sollte deswegen austarieren zwischen dem Gefühl einerseits, im Wohnheim in Ruhe und ohne Zeitdruck gesunden zu können und andererseits perspektivisch die Option des Wechsels in eine eigene Wohnung bzw. in eine ambulante Wohngemeinschaft aufrecht zu erhalten.

Die Analyse der qualitativen Interviews zeigt außerdem, dass nach dem Auszug aus dem Wohnheim vor allem das Gefühl der persönlichen Freiheit zugenommen hat und von den Interviewten im Gespräch besonders betont wird. Dieses Gefühl ist daran gekoppelt, wie man den Tag verbringt, bzw. was man wann macht. Dieser Aspekt könnte bei Bedenken eines Wohnheimbewohners vor einem Auszug ins ambulant betreute Wohnen noch stärker betont werden. Möglicherweise geht dieser Gesichtspunkt häufig im Vorfeld eines Wohnheimauszugs verloren, weil die Strukturiertheit des Tages aus pädagogischer Sicht eine so hohe Bedeutung hat, dass die zu erwartenden kleinen alltäglichen Freiheiten des ambulant betreuten Wohnens dahinter zurücktreten.

Die Befragung der MitarbeiterInnen aus dem stationären und ambulanten Wohnbereich hatte vier Schwerpunkte: Ängste und Sorgen von NutzerInnen im Zusammenhang mit einem Auszug aus dem Wohnheim, Kriterien bei der Wahl der Wohnumgebung, die Bewertung von Verbesserungsvorschlägen im Kontext des Wohnformwechsels und die Einschätzung der Belastung im eigenen Tätigkeitsfeld.

Die befragten gemeindepsychiatrischen MitarbeiterInnen nehmen eine Vielzahl von Sorgen und Ängsten bei NutzerInnen vor einem Wohnformwechsel wahr. An erster Stelle steht dabei die Angst davor, nach einem Umzug ins betreute Wohnen alleine zu sein. Hier bietet es sich an, zunächst mit den NutzerInnen zusammen eine Auflistung bereits bestehender sozialer Kontakte zu erstellen und die Aufrechterhaltung dieser Kontakte mit in den Hilfeplan aufzunehmen. Die Liste sollte außerdem der Bezugsperson<sup>45</sup> des ambulanten betreuten Wohnens ausgehändigt werden, um ihr für die Zukunft zu

---

<sup>45</sup> Wenn sich diese im Zuge eines Wohnformwechsel ändern sollte.

ermöglichen, die Pflege der Kontakte konkret anzusprechen oder neue Kontakte in die Liste aufzunehmen.

Der Sorge im Zusammenhang mit dem Umzug selbst kann u.U. dadurch begegnet werden, dass den NutzerInnen im Vorfeld eine gemeinsame erstellte und zu Papier gebrachte Umzugsplanung ausgehändigt wird.

Im Zusammenhang mit den Sorgen im Bereich der zukünftigen betreuerischen Hilfen befinden sich WohnheimmitarbeiterInnen womöglich in einem Dilemma. Einerseits bedeutet für NutzerInnen der Wohnformwechsel einen großen Schritt in einen unsicheren Bereich und andererseits nimmt zumindest der gefühlte Umfang<sup>46</sup> der Betreuung in der Regel mit diesem Schritt erheblich ab. Hier ist zum einen zu hoffen, dass mit der zunehmenden flexibilisierten Hilfen wie z.B. Krisenbetten, Beibehaltung der professionellen Bezugsperson, intensiv betreutes Wohnen und Rufbereitschaften, die bei den MitarbeiterInnen des ambulant betreuten Wohnens angesiedelt sind, NutzerInnen in diesem Punkt die Sorgen vor einem Wohnformwechsel zum Teil genommen werden können. Zum anderen ist es überaus wichtig, NutzerInnen die vielfältigen Möglichkeiten insbesondere im Zusammenhang mit Krisen aufzuzeigen. Das Erstellen eines Krisenplans im besten Fall gemeinsam mit einem Mitarbeiter des ambulant betreuten Wohnens entlastet WohnheimbewohnerInnen vor einem Auszug.

Zusammenfassend lässt in Bezug auf die Ängste und Sorgen von WohnheimbewohnerInnen vor einem Auszug sagen, dass diese ernst zu nehmen sind. Hilfreich kann hier eine durch die NutzerInnen im Rahmen der Qualitätsentwicklung zu erweiternde Checkliste bestehender Ängste und Sorgen sein, mit deren Hilfe NutzerInnen ihre Befürchtungen z.B. in Form einer Skala oder von Kärtchen in eine Reihenfolge bringen können. Das ermöglicht MitarbeiterInnen eine genauere Einschätzung, welche

---

<sup>46</sup> Es bleibt fraglich, ob der zeitliche Betreuungsumfang im ambulanten Wohnen tatsächlich abnimmt. Aufgrund der Fachleistungsstundensystematik können NutzerInnen einen festgelegten Umfang an persönlichen Kontakten einfordern. Ob dieser Umfang niedriger ist als im Wohnheim, bleibt fraglich. Meines Wissens gibt es hierzu keine Studien. In der Regel ist auch nicht der zeitliche Umfang der Kontakte das Moment, das für Unsicherheiten bei den NutzerInnen verantwortlich ist, sondern die sofortige Verfügbarkeit, wie sie im Wohnheim meist besser gewährleistet ist als im ambulanten Wohnen.

Sorgen und Ängste sofort zu bearbeiten sind und welche später thematisiert werden können.

Ein weiterer großer Themenbereich der Befragung von MitarbeiterInnen der wohnbezogenen Hilfen war die Bewertung von Aspekten zur Auswahl einer geeigneten Wohnumgebung für zukünftige NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens. Eine sehr hohe Bedeutung haben aus Sicht der MitarbeiterInnen für die Auswahl einer zukünftigen Wohnumgebung das Vorhandensein einer festen Tagesstruktur, die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr, die Infrastruktur des täglichen Lebens und die Nähe der Wohnung zum Arbeitsplatz von NutzerInnen. Die Wohnnähe zum Dienstsitz des betreuten Wohnens oder zum ehemaligen Wohnheim wird als weniger wichtig erachtet. Grundsätzlich sollte aber bei der Wohnungswahl berücksichtigt werden, wie groß der Radius von NutzerInnen ist, in dem sie sich zur Zeit des Auszugs bewegen können. Die gute Erreichbarkeit z.B. eines Sozialpsychiatrischen Zentrums oder einer Kontakt- und Beratungsstelle kann bei den NutzerInnen zusätzliche Sicherheit schaffen. Die Nähe zum Arbeitsplatz erleichtert u.U. die Kontaktaufnahme zu ArbeitskollegInnen in der Freizeit.

Einen hohen Stellenwert bei der Auswahl der Wohnung haben auch Stadtteile und Regionen mit günstigen Mieten. Dies wird dem Umstand geschuldet sein, dass die finanziellen Spielräume bei vielen psychisch erkrankten Menschen sehr klein sind. Die Forschungsergebnisse zum Einfluss der sozioökonomischen Wohnumgebung auf Menschen mit psychischer Erkrankung sind insgesamt inkonsistent. Einerseits weisen Untersuchungen darauf hin, dass BewohnerInnen von einkommensschwächeren Wohngebieten weniger dazu neigen, psychisch erkrankte Menschen zu stigmatisieren, andererseits kann sich die geringere Wohnqualität in diesen Gebieten negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken. NutzerInnen des Wohnheims sind hier mangels bezahlbarer Alternativen auf dem Wohnungsmarkt meist Möglichkeiten verwehrt und es bleibt deshalb zu hoffen, dass in Zukunft die Prinzipien der Sozialraumorientierung (vgl. Budde & Früchtel, 2010) verstärkt Einzug in die Gemeindespsychiatrie halten werden und vordergründig wenig reizvolle Wohnumgebungen attraktiver machen.

Die befragten MitarbeiterInnen sehen in der Wohnnähe zu Angehörigen oder Verwandten den unwichtigsten Aspekt bei der Wohnungswahl nach einem Wohnheimauszug. Auf die methodischen Ungenauigkeiten bei der Formulierung der Frage als Grund für dieses Ergebnis wurde oben (Kapitel 5.2.3.1) bereits hingewiesen. Wegen der großen Bedeutung,

die die Familie für viele psychische erkrankte Menschen und umgekehrt hat, sollte beim Wohnformwechsel dieser Aspekt mit den NutzerInnen und bei Zustimmung beider Seiten mit den Angehörigen oder Verwandten thematisiert werden. In der Regel werden psychisch erkrankte Menschen durch den Einzug in ein Wohnheim heute nicht mehr aus der heimatlichen Umgebung gerissen. Dort, wo dies doch noch der Fall gewesen ist, bedarf der Aspekt familiärer Bindungen besonderer Beachtung und es sollte in Betracht gezogen werden, dass ein Klient in die Nähe der bis dato fern lebenden Verwandten oder Angehörigen ziehen möchte.

Wie auch schon bei den Ängsten und Sorgen im Zusammenhang mit einem Wohnformwechsel vorgeschlagen, kann eine Auflistung der wohnbezogenen Aspekte im Gespräch mit NutzerInnen hilfreich sein. Diese kann dazu dienen, die individuellen Prioritäten der NutzerInnen zu identifizieren und somit Entscheidungen bei der Auswahl einer potentiellen Wohnung oder Wohnumgebung vereinfachen.

In einem weiteren Themenabschnitt der Online-Erhebung hatten die befragten MitarbeiterInnen Gelegenheit, verschiedene Verbesserungsvorschläge hinsichtlich des Wohnformwechsels von NutzerInnen zu bewerten und selbst Verbesserungsvorschläge zu machen. Als besonders geeignet wurde eine möglichst frühe Kontaktaufnahme zwischen der zukünftigen Bezugsperson aus dem ambulanten Wohnen und den jeweiligen NutzerInnen erachtet. Eine ähnlich hohe Zustimmung fand der Vorschlag, ausführlichere Entlassgespräche mit MitarbeiterInnen des betreuten Wohnens zu führen. Problematisch ist aus Sicht der ambulanten Leistungserbringer die fehlende Finanzierung solcher Maßnahmen. Grundsätzlich ist zu wünschen, dass die Leistungsträger die weitere Flexibilisierung der Hilfen und die Auflösung der Grenzen zwischen stationären und ambulanten Wohnhilfen durch geeignete Finanzierungs- und Abrechnungsmodalitäten und eine Trennung von Wohnen und unterstützenden Hilfen forcieren. Die jetzige Trennung in stationär und ambulant führt aus Sicht der Befragten auch zu einem Informationsdefizit darüber, wie im jeweils anderen Wohnbereich gearbeitet wird. So ließe sich die verhältnismäßig hohe Zustimmung der Befragten zu dem Vorschlag interpretieren, dass mehr Wissen über das Arbeiten im anderen Bereich zu erlangen sei. Diesem Informationsdefizit ließe sich zum einen durch verpflichtende Hospitationen begegnen. Wie die Auswertung gezeigt hat, arbeiten MitarbeiterInnen häufig sowohl im Wohnheim

als auch im ambulanten Wohnen, was zum anderen ebenfalls eine Möglichkeit ist, den Informationsaustausch zu fördern.

Die geringsten Zustimmungswerte erhielt der Verbesserungsvorschlag, NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens als Paten für WohnheimbewohnerInnen zu gewinnen. In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass die Idee des „experienced involvement“ zumindest in der befragten Mitarbeiterschaft noch nicht gänzlich etabliert ist und trotz der Einführung von z.B. EX-IN-Kursen in den beiden nordrhein-westfälischen Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe noch mehr für diesen Ansatz in den Einrichtungen geworben werden könnte.

Die Ergebnisse zur Arbeitsbelastung bei Tätigkeiten in den beiden Wohnbereichen zeigen vordergründig eine höhere wahrgenommene Arbeitsbelastung der ambulanten MitarbeiterInnen gegenüber jenen, die im stationären Bereich arbeiten. Als Gründe werden vor allem eine höhere Verdichtung der Arbeit, mehr administrative Aufgaben und Terminstress angegeben. Diese subjektiv höhere Arbeitsbelastung führt aber im Vergleich zu den MitarbeiterInnen des stationären Wohnens nicht zu einer höheren Unzufriedenheit bei der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Gründe hierfür sind vermutlich ausgleichende Faktoren wie z.B. ein höheres Maß an Selbstbestimmung bei der Arbeitszeitgestaltung. Das subjektive Gefühl einer höheren Arbeitsbelastung ließe sich durch eine Hospitation von MitarbeiterInnen ohne stationäre Berufserfahrung möglicherweise minimieren, weil hierdurch die Arbeitsbelastungen im stationären Wohnen persönlich erfahrbar würden.

Zusammenfassend lässt sich für die nutzerInnenbezogenen Fragestellungen eine sehr hohe Übereinstimmung der Einschätzungen von MitarbeiterInnen der beiden Wohnbereiche feststellen, während bei der Arbeitsbelastung ein Teil der ambulant tätigen Befragten im direkten Vergleich mit dem stationären Wohnen signifikant eine höhere Arbeitsbelastung äußert. In Hinblick auf die zukünftigen Flexibilisierungsprozesse im Rahmen des Paradigmas der personenbezogenen Hilfen, insbesondere im Bereich des Wohnens, lassen die überwiegend übereinstimmenden Einschätzungen der MitarbeiterInnen aus beiden Wohnbereichen hoffen, dass es nicht zu einem Cultural Lag kommt.

Die Ergebnisse der NutzerInnenbefragung haben gezeigt, dass die Perspektive der psychisch erkrankten Menschen im Hilfesystem vor allem qualitativer Forschung bedarf.

## 7. Literatur

- Acker-Wild, U. & Herr, B. (2005). Personenzentrierte Hilfen. Eine neue Zauberformel? *Soziale Psychiatrie*, 29 (1), 12-13.
- Aderhold, V. & Greve, N. (2010). Bedürfnisangepasste Behandlung und Offene Dialoge. *Psychotherapie im Dialog*, 11 (3), 258-261.
- Afting-Ijeh, M. & Gerdes, H. H. (2011). Die Zusammenführung stationärer und ambulanter Angebote. Ein Erfahrungsbericht aus dem Rauhen Haus Hamburg. *Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie*, 2, 15-18.
- Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hrsg.). (2004). Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt "Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker". Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Albrecht, D. & Bramesfeld, A. (2004). Das Angebot an gemeindenahen beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen in der Bundesrepublik. *Gesundheitswesen*, 66, 492-498.
- Albrecht, V. G., Ingenleuf, H.-Josef, Wilm, B., Vieten, B., Zamora, P. & Günter, C. (1994). Theoretischer Bezugsrahmen zur Untersuchung der Enthospitalisierung von chronisch psychisch kranken Langzeitpatienten. *Soziale Probleme*, 5, 196-228.
- Amering, M. (2008). „Kunst ist schön, macht aber viel Arbeit.“ Hindernisse und Widerstände gegen die Peer-Arbeit. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 58-69). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Amering, M. & Schmolke, A. (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Angell, B. (2003). Contexts of social relationship development among assertive community treatment clients. *Mental Health Services Research*, 5 (1), 13-25.
- Angell, B. & Mahoney, C. (2007). Reconceptualizing the case management relationship in intensive treatment: a study of staff perceptions and experiences. *Administration and Policy in Mental Health*, 34 (2), 172-188.
- Aselmeier, L., Stamm, C., Weinbach, H. & Wissel, T. (2007). Entwicklungen und Perspektiven in den Hilfen zum Selbständigen Wohnen. Eine vertiefende Studie in den Projektregionen Essen, Kreis Minden-Lübbecke, Münster und Rheinisch-Bergischer Kreis. Siegen.
- Baker, F. & Douglas, C. (1990). Housing environments and community adjustment of severely mentally ill persons. *Community Mental Health Journal*, 26 (6), 497-505.
- Becker, J. (2011). "Mehr Freiheit, mehr Wertgefühl, mehr Qualitätsgefühl". "BeWo plus" statt Wohnen im Wohnheim. *Soziale Psychiatrie*, 35 (2), 34-35.

- Beebe, L. H. (2010). What community living problems do persons with schizophrenia report during periods of stability? *Perspectives in Psychiatric Care*, 46 (1), 48-55.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (2001). Quantitative and Qualitative Aspects of the Social Network in Schizophrenic Patients Living in the Community. Relationship To Sociodemographic Characteristics and Clinical Factors and Subjective Quality of Life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47 (3), 67-77.
- Blasius, J. & Brandt, M. (2009). Repräsentativität in Online-Befragungen. In M. Weichbold, J. Bacher & C. Wolf (Hrsg.), *Umfrageforschung. Herausforderungen und Grenzen* (S. 157-177). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bosnjak, M. (2003). Teilnahmeverhalten bei Web-Befragungen. Nonresponse und Selbstselektion. In A. Theobald, M. Dreyer & T. Starsetzki (Hrsg.), *Online-Marktforschung. Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen*. 2. Auflage. (S. 55-71). Wiesbaden: Gabler.
- Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2010). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bowers, L. E. N. (1992). Ethnomethodology II: a study of the Community Psychiatric Nurse in the patient's home. *International journal of Nursing Studies*, 29 (1), 69-79.
- Brekke, J. S., Ansel, M., Long, J., Slade, E. & Weinstein, M. (1999). Intensity and continuity of services and functional outcomes in the rehabilitation of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50 (2), 248-256.
- Brown, C. (1996). A comparison of living situation and loneliness for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20 (2), 59-63.
- Browne, G. (2004). *The Impact of Housing on people with Schizophrenia*. Queensland University of Technology.
- Browne, G. & Courtney, M. (2005). Exploring the experience of people with schizophrenia who live in boarding houses or private homes: a grounded theory study [Autorenversion]. *Contemporary Nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession*, 18 (3), 233-246.
- Browne, G., Hemsley, M. & St. John, W. (2008). Consumer perspectives on recovery: a focus on housing following discharge from hospital. *International journal of mental health nursing*, 17 (6), 402-409.
- Buck, P. W. & Alexander, L. B. (2006). Neglected Voices: Consumers with Serious Mental Illness Speak About Intensive Case Management. *Administration and Policy in Mental Health*, 33 (4), 470-481.
- Budde, W. & Früchtel, F. (2010). Sozialraum - mehr als drei Dimensionen. *Soziale Psychiatrie*, 34 (2), 7-12.

Büch, E.-M. & Schmitt-Schäfer, T. (2010). Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderung 2009. Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe im Landkreis Bernkastel-Wittlich. Wittlich: Transfer – Unternehmen für soziale Innovation.

Büch, E. M. & Rölke, D. (2008). Mitarbeiter für alle Fälle. Psychosoziale Umschau, 23 (4), 13-15.

Bürgy, R. & Häfner-Ranabauer, W. (1998). Utilization of the psychiatric emergency service in Mannheim: ecological and distance-related aspects. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33 (11), 558-567.

Carpenter, J., Schneider, J., Brandon, T. & Woof, D. (2003). Working in Multidisciplinary Community Mental Health Teams: The Impact on Social Workers and Health Professionals of Integrated Mental Health Care. British Journal of Social Work, 33 (8), 1081-1103.

Crane-Ross, D., Roth, D. & Lauber, B. G. (2000). Consumers and case managers' perceptions of mental health and community support service. Community Mental Health Journal, 36 (2), 161-178.

Crawford, M. J. & Kessel, A. S. (1999). Not Listening To Patients - the Use and Misuse of Patient Satisfaction Studies. International Journal of Social Psychiatry, 45 (1), 1-6.

Dadich, A. & Muir, K. (2009). Tricks of the trade in community mental health research: working with mental health services and clients. Evaluation & the health professions, 32 (1), 38-58.

Dailey, W. F., Chinman, M. J., Davidson, L, Garner, L., Vavrousek-Jakuba, E., Essock, S., Marcus, K. & Kraemer Tebes, J. (2000). How are we doing? A statewide survey of community adjustment among people with serious mental illness receiving intensive outpatient services. Community Mental Health Journal, 36 (4), 363-382.

Deutscher Bundestag (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung - (Psychiatrie-Enquete) hier: Zusammenfassung aus dem Bericht der Sachverständigenkommission. Bundestagsdrucksache 7/4200.

Dilling, H. (2003). Umsetzungen der Psychiatrie-Enquete: Anspruch – Widerspruch – Wirklichkeit. Vortrag auf der Fachtagung “Die Priorität ambulanter Hilfen für psychisch kranke Menschen: Illusion oder Chance” am 02.-03. Dezember 2003 in Hannover (Tagungsband) (S. 28-39).

Donnison, J., Thompson, A. R. & Turpin, G. (2009). A qualitative exploration of communication within the community mental health team. International Journal of Mental Health Nursing, 18 (5), 310-317.

Dörner, K. (2002). Ende der Veranstaltung. Beginn der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. In H.-L. Siemen (Hrsg.), Gewohntes Leben. Psychiatrie in der Gemeinde. (S. 48-66). Neumünster: Paranus.

Dörner, K. (2002). Veränderung gestalten: rechtliche und institutionelle Ansatzpunkte. Zur aktuellen Diskussion über die Abschaffung der Heime. In G. Frese & G. Holler (Hrsg.), *Im Heim Leben - Veränderung gestalten. Hilfebedürftigkeit und Persönlichkeitsrechte in der neueren sozialpsychiatrischen Diskussion* (S. 22-33). Loccum.

Dörner, K. (2004). Sind alle Heimleiter Geiselnnehmer? Qualitätskatalog für den zukunftsfähigen "guten Heimleiter". *Soziale Psychiatrie*, 28 (4), 21-25.

Earls, M. & Nelson, G. (1988). The relationship between long-term psychiatric clients psychological well-being and their perceptions of housing and social support. *American Journal of Community Psychology*, 16 (2), 279-293.

Eikermann, B., Reker, T. & Richter, D. (2005). Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker. Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 73, 664-679.

Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen in die Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen als Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter. Begründung der Vorlage 13/1152. (n.d.). Köln. Verfügbar unter: [https://dom.lvr.de/lvis/lvr\\_rechercheWWW.nsf/.../Begründung13-1152.pdf](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_rechercheWWW.nsf/.../Begründung13-1152.pdf) [26.06.2011].

Eink, M. (2006). Zukunftsangst. Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in psychiatrischen Einrichtungen. *Soziale Psychiatrie*, 30 (4), 52-53.

Erdner, A., Nyström, M., Severinsson, E. & Lützén, K. (2002). Psychosocial disadvantages in the lives of persons with long-term mental illness living in a Swedish community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9 (4), 457-463.

Estroff, S. E. (1985). *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community*. Berkeley: University of California Press.

Fagin, L., Brown, L., Bartlett, H., Leary, J. & Carson, J. (1995). The Claybury community psychiatric nurse stress study: is it more stressful to work in hospital or the community? *Journal of Advanced Nursing*, 22, 347-358.

Fakhoury, W. K. H., Priebe, S. & Quraishi, M. (2005). Goals of New Long-Stay Patients in Supported Housing: A UK Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 51 (1), 45-54.

Fischer, M. & Fischer, U. (1998). Wohnortwechsel und Verlust der Ortsidentität als nicht-normative Lebenskrise. *Kritische Lebensereignisse*. 3. Auflage (S. 139-153). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Fisher, G. A. & Tessler, R. C. (1986). Family bonding of the mentally ill: An analysis of family visits with residents of board and care homes. *Journal of Health and Social Behavior*, 27 (3), 236-249.

Flaherty, M., Flaherty, B. & Parkers, G. (1977). A comparative study of long-stay psychiatric patients discharged to boarding houses and satellite houses. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 11 (3), 193-195.

Forchuk, C., Nelson, Geoffrey & Hall, G. B. (2006). "It's important to be proud of the place you live in": Housing problems and preferences of psychiatric survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42 (1), 42-52.

Forschungsgruppe IH-NRW. (2006). *Selbständiges Wohnen behinderter Menschen. Individuelle Hilfen aus einer Hand. Zweiter Zwischenbericht (2006) der wissenschaftlichen Begleitforschung.* Siegen.

Forschungsgruppe IH-NRW. (2008). *Selbständiges Wohnen behinderter Menschen. Individuelle Hilfen aus einer Hand. Abschlussbericht.* Siegen.

Franz, M., Meyer, T., Dubowy, M., Hanewald, B. & Gallhofer, B. (2010). Das Akkumulieren „Neuer Langzeitbewohner“ in klinikassoziierten psychiatrischen Heimen: eine Herausforderung für die psychiatrische Versorgung. *Psychiatrische Praxis*, 37, 240-247.

Fricke, R. (2010). Zu kurz gesprungen. Der Vorstand des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener kritisiert die EX-IN-Ausbildungen. *Psychosoziale Umschau*, 1, 41-42.

Friedrich, R. M., Hollingsworth, B., Hradek, E., Friedrich, H. B. & Culp, K. R. (1999). Family and client perspectives on alternative residential settings for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 50 (4), 509-514.

Frieler, B., Kubata, A., Wendel, E. & le Granse, M. (2010). Klientenzentrierung in tagesstrukturierenden Angeboten für längerfristig psychisch erkrankte Menschen – eine qualitative Studie mit Klienten und Ergotherapeuten in Nordrhein-Westfalen. *ergoscience*, 5, 148 - 159.

Gautier, C. R., Spycher, I. & Andreae, A. (2010). Stadt statt Land. Evaluation der Auswirkungen eines strukturellen Faktors auf die Gemeindenähe und Niederschwelligkeit der Akutpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 37, 397-400.

Gerstein, L. H., Bates, H. D. & Reindl, M. (1987). The experience of loneliness among schizophrenic and normal persons. *Journal of Social Behavior & Personality*, 2 (2), 239-248.

Goering, P., Sylph, J., Foster, R., Boyles, S. & Babiak, T. (1992). Supportive housing: a consumer evaluation study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 38 (2), 107-119.

Goffmann, E. (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Granerud, A. & Severinsson, E. (2003). Preserving integrity: experiences of people with mental health problems living in their own home in a new neighbourhood. *Nursing Ethics*, 10 (6), 602-613.

Grauenhorst, I. & Steinhart, I. (2011). Heim-Alternativen. Wege zu Lebensqualität und Teilhabe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen. *Kerbe - Forum für Soziale Psychiatrie*, 35 (2), 30-32.

Haberfellner, E. M., Grausgruber, A., Berner, R. G., Ortmaier, M. & Schöny, W. (2006). Die Enthospitalisierung ehemaliger psychiatrischer Langzeitpatienten in Oberösterreich - Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Kosten der außerstationären Versorgung. *Psychiatrische Praxis*, 33, 74-80.

Haberfellner, E. M., Grausgruber, A., Grausgruber-Berner, R., Ortmaier, M. & Schöny, W. (2006). Der Versorgungsbedarf ehemaliger psychiatrischer Langzeitpatienten. *Psychiatrische Praxis*, 33, 23-29.

Nelson, G., Hall, G.B. & Walsh-Bowers, R. (1998). The relationship between housing characteristics, emotional well-being and the personal empowerment of psychiatric consumer/survivors. *Health (San Francisco)*, 34 (1), 57-68.

Hansson, L., Vinding, H. R., Mackeprang, T., Sourander, A., Werdelin, G., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Dybbro, J., Nilsson, L., Sandlund, M., Sorgaard, K. & Middelboe, T. (2001). Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: a Nordic multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103 (1), 45-51.

Hansson, L., Middelboe, T., Sorgaard, K. W., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Merinder, L., Nilsson, L., Sandlund, M., Korkeila, J. & Vinding, H. R. (2002). Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (5), 343-350.

Hatfield, A. B. & Lefley, H. R. (2005). Future involvement of siblings in the lives of persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 41 (3), 327-338.

Heim, S. (2000). Im Heim daheim sein (dürfen). *Soziale Psychiatrie*, 24 (2), o.S.

Heimler, J. (2003). Zukunftsforschung mit Heimmitarbeiterinnen und Heimbewohnerinnen. Psychisch Kranke brauchen Hilfe - über Maß, Art und Ziele entscheiden andere. In L. Schulze Steinmann, J. Heimler, J. Claaßen & H. Cordshagen (Hrsg.), *Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime* (S. 26-42). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Heinrich, K. (2006). Zum zwiespältigen Erfolg der Enthospitalisierung. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 74, 307-308.

Heltzel, R. (2003). Zehn Methoden, wie Professionelle das eigene Ausbrennen fördern können. Über die Schwierigkeit, in der psychiatrischen Arbeit lebendig zu bleiben. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 4, 11-20.

Hemkendreis, B. (2011). „Ich habe das nur gemacht, weil ich Angst um unsere Patienten hatte.“ *Psychiatrische Pflege*, 17 (3), 137.

- Herdelin, A. C. & Scott, D. L. (1999). Experimental Studies of the Program of Assertive Community Treatment (PACT): A Meta-Analysis. *Journal of Disability Policy Studies*, 10 (1), 53-89.
- Hirschberg, W. (1985). Social isolation among schizophrenic out-patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 20 (4), 171-178.
- Hoffmann, K.-M. (2003). *Enthospitalisierung und Lebensqualität*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hoffmann-Badache, M. (2004). Rede der Landesrätin des Dezernates Soziales, Integration, Frau Hoffmann-Badache zur Vorstellung der Version 2005 des "Individuellen Hilfeplanes des Landschaftsverbandes Rheinland". Köln.
- Hoffmann-Badache, M. (2005). Rede der Fr. Landesrätin Hoffmann-Badache auf dem Workshop "Hilfeplankonferenzen in der Praxis", Köln, 15.12.2005.
- Hoffmann-Badache, M. (2006). Anreiz-Konzepte zur Umsetzung des Zieles ambulant vor stationär sowie weitere in diesem Zusammenhang erforderliche Steuerungskonzepte. Vortrag gehalten auf dem deutschen Fürsorgetag in Düsseldorf 2006.
- Horwitz, A. V. (1993). Adult siblings as sources of social support for the seriously mentally ill: A test of the serial model. *Journal of Marriage and the Family*, 55 (3), 623-632.
- Jansson, L. (2003). Clients with long-term mental disabilities in a Swedish county – conditions of life, of support and unmet needs of service provided by the public health and social service sectors. *European Psychiatry*, 18 (6), 296-305.
- Jones, A. (2002). Assertive community treatment: development of the team, selection of clients, and impact on length of hospital stay. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9 (3), 261-270.
- Kallert, T. W., Looks, P., Leibe, M., Hoffmann, K. & Franz, M. (2006). Enthospitalisierungsprozesse in deutschen psychiatrischen Großkrankenhäusern. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 74, 309-328.
- Kallert, T. W., Stoll, A., Leibe, M. & Winiecki, P. (2004). Die Enthospitalisierung des psychiatrischen Heimbereichs eines ehemaligen Großkrankenhauses aus Patienten- und Mitarbeitersicht. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 72 (8), 446-459.
- Kardorff, E. (2003). Sozialpädagogisches Handeln in Sozial- und Gemeindepsychiatrie. In G. H. Homfeldt & J. S. Schulze-Krüdener (Hrsg.), *Handlungsfelder der Sozialen Arbeit* (S. 287-310). Hohengehren: Schneider-Verlag.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. 2. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Keuner, H. (2006). Wohnheim als Chance - Chance für Wohnheime. *Soziale Psychiatrie*, 30 (3), 12-13.
- Keupp., H. (2002). My home is my castle - Wohnen und Identitäten. In H.-L. Siemen (Hrsg.), *Gewohntes Leben. Psychiatrie in der Gemeinde*. (S. 19-47). Neumünster: Paranus.
- Kirsh, B., Gewurtz, R., Bakewell, R., Singer, B., Badsha, M. & Giles, N. (2009). Critical characteristics of supported housing: Findings from the literature, residents and service providers. *Environment*. Toronto.
- Kirsh, B. & Tate, E. (2006). Developing a comprehensive understanding of the working alliance in community mental health. *Qualitative health research*, 16 (8), 1054-1074.
- Kloos, B. & Shah, S. (2009). A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 44 (3-4), 316-326.
- Knappe, H. (2007). Hilf(e)lose Planung. Lernprozesse - eine kritische Betrachtung der Hilfeplanung in Wohnheimen. *Soziale Psychiatrie*, 31 (4), 26-27.
- Konrad, M. & Jaeger, J. (2011). Warum Klinik und ambulante Dienste um die „richtige“ Betreuung streiten. Ein Erklärungsversuch. *Kerbe - Forum für Soziale Psychiatrie*, 35 (2), 19-21.
- Konrad, M., Schock, S. & Jaeger, J. (2006). *Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kosmalla, U. (2002). Das Einfache, das so schwer zu machen ist. Alltag im Betreuten Wohnen. In H.-L. Siemen (Hrsg.), *Gewohntes Leben. Psychiatrie in der Gemeinde* (S. 94-109). Neumünster: Paranus.
- Krummacher, M. (2005). Schlechte Nachrichten: Die Arbeitsmarktlage für Sozialarbeit/Sozialpädagogik. *Sozial Extra*, 29 (11), 44-45.
- Kruzich, J. M. (1985). Community integration of the mentally ill in residential facilities. *American Journal of Community Psychology*, 13 (5), 553-564.
- Kunze, H., Krüger, U., Lorenz, K. & Holke, J. (2009). Abschlussbericht zum Projekt: "Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstruktur für psychisch kranke Menschen". Köln.
- Kyle, T. & Dunn, J. R. (2008). Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health & Social Care in the Community*, 16 (1), 1-15.
- Lehman, A., Ward, N. & Linn, L. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139 (10), 1271-1276.

- Leïße, M. & Kallert, Th. W. (2003). Individueller Hilfebedarf und Platzierung in gemeindepsychiatrischen Versorgungsangeboten. Eine Analyse am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens. *Der Nervenarzt*, 9, 755-761.
- Leïße, Matthias & Kallert, Thomas W. (2001). Deinstitutionalisierung, Wohnsituation und subjektive Zufriedenheit schizophrener Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 28, 10-17.
- Luchins, D. J., Hanrahan, P., Conrad, K. J., Savage, C., Matters, M. D. & Shinderman, M. (1998). An agency-based representative payee program and improved community tenure of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 49 (9), 1218-1222.
- Lütjen, R. (2011). Individualisierung der Soziotherapie? Kerbe - Forum für Soziale Psychiatrie, 35 (2), 25-27.
- Lütters, H. (2004). Online-Marktforschung. Eine Positionsbestimmung der Marktforschung unter Einsatz eines webbasierten Analytic Hierarchy Process (webAHP). Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Macfarlane, D., Fortin, P., Fox, J., Gundry, S., Oshry, J. & Warren, E. (1997). Clinical and human resource planning for the downsizing of psychiatric hospitals: The British Columbia experience. *Psychiatric Quarterly*, 68, 25-42.
- Mares, A. S., Young, A. S., McGuire, J. F. & Rosenheck, R. A. (2002). Residential environment and quality of life among seriously mentally ill residents of board and care homes. *Community Mental Health Journal*, 38 (6), 447-458.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 10. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.
- Moos, M., Schmelz, A., Schuh, B., Stich, J. & Wolfersdorf, M. (2010). Zur Lebenssituation psychisch kranker Menschen in betreuten Wohnformen. *Psychiatrische Forschung*, 1 (1), 89-91.
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L. & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 34 (2), 89-100.
- Nernheim, K. (2003). Rein in die Zukunft! Raus aus dem Heim! Personenzentrierung und der Übergang in die ambulante Versorgung. In L. Schulze Steinmann, J. Heimler, D. Claaßen & H. Cordshagen (Hrsg.), *Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime* (S. 143-152). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Newmann, S. J. (2001). Housing attributes and serious mental illness: Implications for research and practice. *Psychiatric Services*, 52 (10), 1309-1317.
- Onyett, S., Pillinger, T. & Muijen, M. (1997). Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams. *Journal of Mental Health*, 6 (1), 55-66.

Osinski, M. (2010). Statuspassagen - Erschütterungen des Mitarbeiteralltags in Reformentwicklungen. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 2, 15-19.

Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science & Medicine*, 64 (9), 1925-1936.

Peace, R. & Kell, S. (2001). Mental health and housing research: housing needs and sustainable independent living. *Social Policy Journal of New Zealand*, Dezember (17), 101-123.

Plaehn, S. & Bamberger, M. (2009). Begleitung von Umzügen durch Ergotherapeuten, untersucht am Beispiel des Auszugs psychisch kranker Menschen aus dem Wohnheim. *Ergoscience*, 4, 2-11.

Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T. & Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 330, 123-126.

Priebe, S., Fakhoury, W. K. H., Hoffmann, K. & Powell, R. A. (2005). Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (3), 223-232.

Priebe, S., Watts, J., Chase, M. & Matanov, A. (2005). Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients : qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 438-443.

Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P. & Thornicroft, G. (1997). Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. *Journal of Psychosomatic Research*, 43 (1), 51-59.

Landschaftsverband Rheinland. Dezernat Soziales, Integration (Hrsg.). (2008). *Qualität für Menschen. Wohnhilfen aus einer Hand*. Köln.

Lapp, G. & Flemming, L. (2009). Ambulantisierung im Landschaftsverband Rheinland (LVR) - Die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten. In Hamburg, Freie und Hansestadt (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz) (Hrsg.), *Förderung der Konversion stationärer Einrichtungen und von individuellen Wohnformen für Menschen mit Behinderungen*. Dokumentation des Workshops am 10. und 11. Juni 2010 (S. 29-34). Hamburg.

Regus, M. (2006). *Gegenwartsprobleme und Zukunftsherausforderungen*. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 3, 2-6.

Reichstein, J. (2009). Ambulant betreutes Wohnen - und was erleben die Klienten? Die eigene Wohnung als Voraussetzung gesellschaftlicher Inklusion - psychiatrische Hilfeleistung aus Sicht der Nutzer. *Soziale Psychiatrie*, 33 (4), 24-27.

Reid, Y., Johnson, S., Morant, N., Kuipers, E., Szmukler, G., Thornicroft, G., Bebbington, P. & Prosser, D. (1999). Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34 (6), 301-308.

Reynolds, W. J. & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 363-370.

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). (2009). Wohnhilfen im Wandel. Analyse zur Entwicklung der Eingliederungshilfe nach SGB XII zum selbstbestimmten Wohnen 2002 – 2006. Köln.

Rosemann, M. (2004). Umbrüche in der Psychiatrielandschaft. Aktuelle Herausforderungen Veränderungszwänge für das Hilfesystem. *Soziale Psychiatrie*, 28 (2), 29-o.A.

Rüdiger, K. (n.d.). Vor- und Nachteile unterschiedlicher Wohnformen. In M. Rosemann & M. Konrad (Hrsg.), *Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung* (S. 58-59). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schernus, R. (2003). Barrieren überwinden. Wohnwünsche zwischen Einsamkeitsbedarf und Gemeinschaftsenthusiasmus. *Soziale Psychiatrie*, 27 (2), 8-13.

Schlichte, G. (2009). *Betreutes Wohnen. Hilfen zur Alltagsbewältigung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schmid, R., Spießl, H. & Cording, C. (2005). Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 73, 736-749.

Schneider, F., Frister, H. & Olzen, D. (2010). *Begutachtung psychischer Störungen*. 2. Auflage. Berlin: Springer.

Schulte-Kemna, G. (2011). Alternativen zum Heim. Eine Landschaft voller Baustellen. Kerbe – Forum für Soziale Psychiatrie, 2, 4-8.

Schulz, B. (2009). Erfahrungen mit Konversionsprozessen einer großen Einrichtung. In Hamburg, Freie und Hansestadt (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz) (Hrsg.), *Förderung der Konversion stationärer Einrichtungen und von individuellen Wohnformen für Menschen mit Behinderungen. Dokumentation des Workshops am 10. und 11. Juni 2010* (S. 10-19). Hamburg.

Schulze Steinmann, L. & Heimler, J. (2003). Stand der sozialpsychiatrischen Heime. Das Versorgungssystem und Probleme der Praxis. In L. Schulze-Steinmann, J. Heimler, J. Claaßen & H. Cordshagen (Hrsg.), *Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime* (S. 14-25). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Seibt, M. (2002). Ansprüche Psychiatrie-Erfahrener an Betreutes Wohnen. In H.-L. Siemen (Hrsg.), *Gewohntes Leben. Psychiatrie in der Gemeinde*. (S. 72-80). Neumünster: Paranus.
- Seikkula, J. (2002). Offener Dialog mobilisiert selbst bei schwierigen Psychiatriepatienten die verborgenen Ressourcen. In N. Greve & T. Keller (Hrsg.), *Systemische Praxis in der Psychiatrie* (S. 141-162). Heidelberg: Carl-Auer-System Verlag.
- Sells, D., Davidson, L., Jewell, C., Falzer, P. & Rowe, M. (2006). The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 57 (8), 1179-1184.
- Shannon, G., Bashshur, R. & Lovett, J. R. (1986). Distance and the use of mental health services. *The Milbank Quarterly*, 64 (2), 302-330.
- Sibitz, I., Swoboda, H., Schrank, B., Priebe, S. & Amering, M. (2008). Einbeziehung von Betroffenen in Therapie- und Versorgungsentscheidungen: Professionelle HelferInnen zeigen sich optimistisch. *Psychiatrische Praxis*, 35, 128-134.
- Smith, M. J. & Greenberg, J. S. (2007). The effect of the quality of sibling relationships on the life satisfaction of adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 58 (9), 1222-1224.
- Smith, M. J., Greenberg, J. S. & Mailick Seltzer, M. (2007). Siblings of adults with schizophrenia: expectations about future caregiving roles. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (1), 29-37.
- Solomon, P. & Draine, J. (1995). Consumer case management and attitudes concerning family relations among persons with mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 66 ( 3), 249-261.
- Sommers, I. (1989). Geographic location and mental health services utilization among the chronically mentally ill. *Community mental health journal*, 25 (2), 132-144.
- Spancken, E. (2001). Rheinische Kliniken Bedburg-Hau: Enthospitalisierung und die Zukunft der Enthospitalisierung. In *Aktion Psychisch Kranke* (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete (S. 111-122). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Stanhope, V. & Matejkowski, J. (2010). Understanding the role of individual consumer-provider relationships within assertive community treatment. *Community Mental Health Journal*, 46 (4), 309-318.
- Stierl, S. & Bauer, M. (2007). Die Psychiatriereform war nur eine Modernisierung. *Psychiatrische Praxis*, 34, 215-217.
- Stippler, A. (2009). *Individuelle Bewältigung von Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen am Beispiel Wohnortwechsel*. Hamburg: Diplomatica Verlag GmbH.

- Stücker, M. (2010). Bericht über die Evaluation des Ambulant Betreuten Wohnens nach § 53/54 SGB XII und der Mobilen Betreuung nach § 67 – 69 SGB XII bei der Einrichtung terra nova e.V. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O, 54, o. S.
- Swoboda, H., Sibitz, I., Frühwald, S., Klug, G., Bauer, B. & Priebe, S. (2006). Wie erleben Professionelle der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Österreich ihre Tätigkeit? Eine inhaltsanalytische Studie. Psychiatrische Praxis, 33, 67-73.
- Sylvestre, J., Nelson, G., Sabloff, A. & Peddle, S. (2007). Housing for people with serious mental illness: a comparison of values and research. American Journal of Community Psychology, 40, 125-137.
- Sørgaard, K. W., Ryan, P., Hill, R. & Dawson, I. (2007). Sources of stress and burnout in acute psychiatric care: inpatient vs. community staff. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42, 794-802.
- Tanzman, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers preferences for housing and support services. Hospital & community psychiatry, 44 (5), 450-5.
- Teisung, M. (2011). Verlässlichkeit. Sozialpsychiatrische Arbeit braucht Verlässlichkeit trotz turbulenter Veränderungen in der Arbeitswelt. Soziale Psychiatrie, 35 (2), 17-21.
- Tsai, J. (2010). The relationship between hope, housing type, and housing characteristics among individuals with dual diagnoses. Journal of Dual Diagnosis, 6 (2), 144-151.
- Tönnies, G. & Buck, D. (2010). "Nichts ist so stark, wie eine Idee, deren Zeit gekommen ist." Das Interesse an EX-IN ist ungebrochen. Nun wird auch in NRW eine Ausbildung angeboten. Psychosoziale Umschau, 1, 42-43.
- Utschakowski, J. (2008). Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt EX-IN. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern (S. 82-90). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, J., Sielaff, G. & Bock, T. (Hrsg.). (2009). Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utsumi, T., Jitsunari, F., Asakawa, F., Gotoh, A. & Manabe, Y. (1990). [Investigation of where schizophrenic patients receive treatment]. [japanische Version] Japanese Journal of Public Health, 37 (6), 388-399.
- Ware, N. C., Tugenberg, T. & Dickey, B. (2004). Practitioner relationships and quality of care for low-income persons with serious mental illness. Psychiatric Service, 55, 555-559.
- Weiner, A., Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., Baloush-Kleinman, V., Maoz, H. & Yanos, P. T. (2010). Housing model for persons with serious mental illness moderates the relation between loneliness and quality of life. Community Mental Health Journal, 46 (4), 389-397.
- Weiß, K. & Diegritz, C. (2007). „Meine eigenen vier Wände“ - Wohnraumgestaltung ein klientenzentrierter kreativer Ansatz in der Ergotherapie. Ergoscience, 2, 134-145.

Wissel, T., Grebe, K., Aselmeier, L., Oberste-Ufer, R., Schädler, J. & Schwarte, N. (n.d.). Netzwerke Offener Hilfen (NetOH II). Abschlussbericht des Forschungsprojekts. Evaluation. Siegen.

Won, Y.-L. I. & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: a conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4 (1), 13-28.

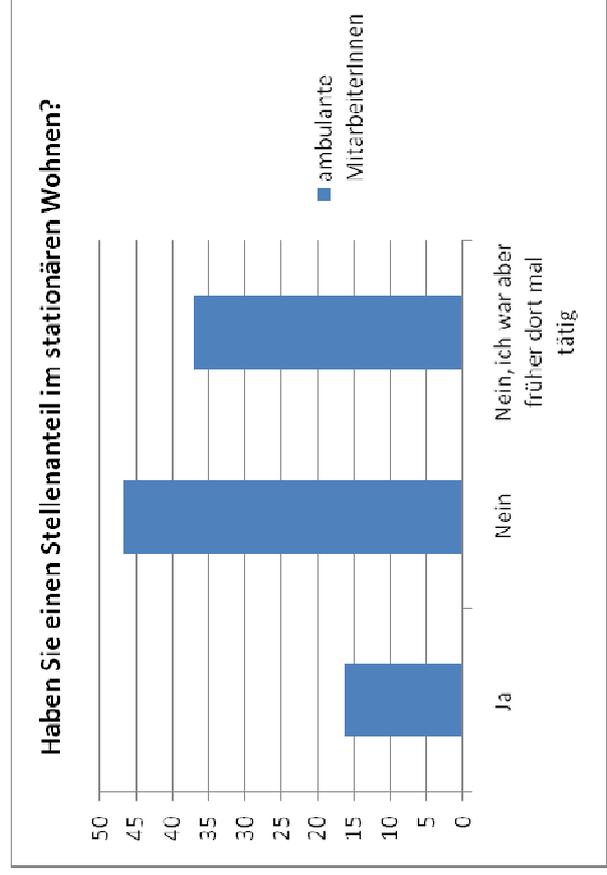
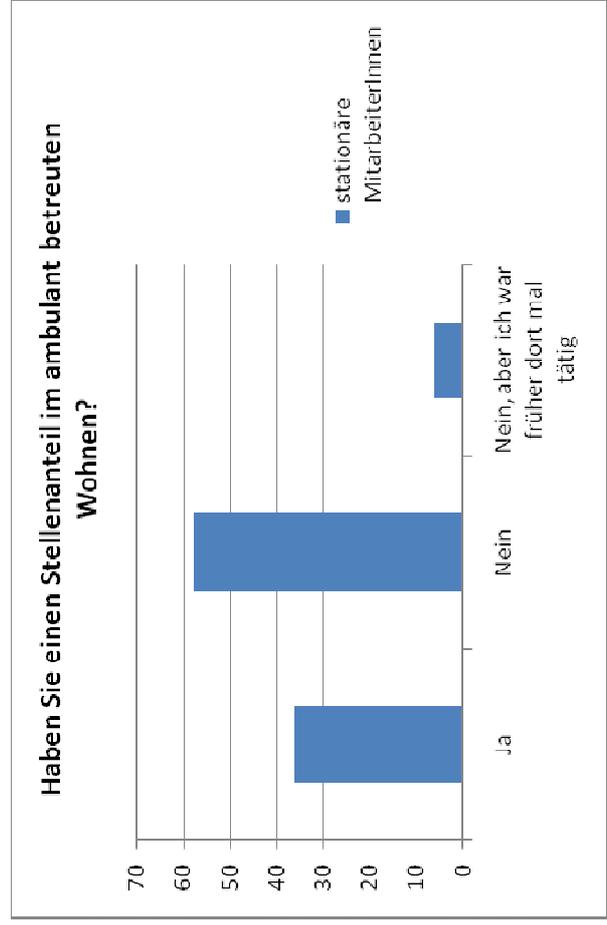
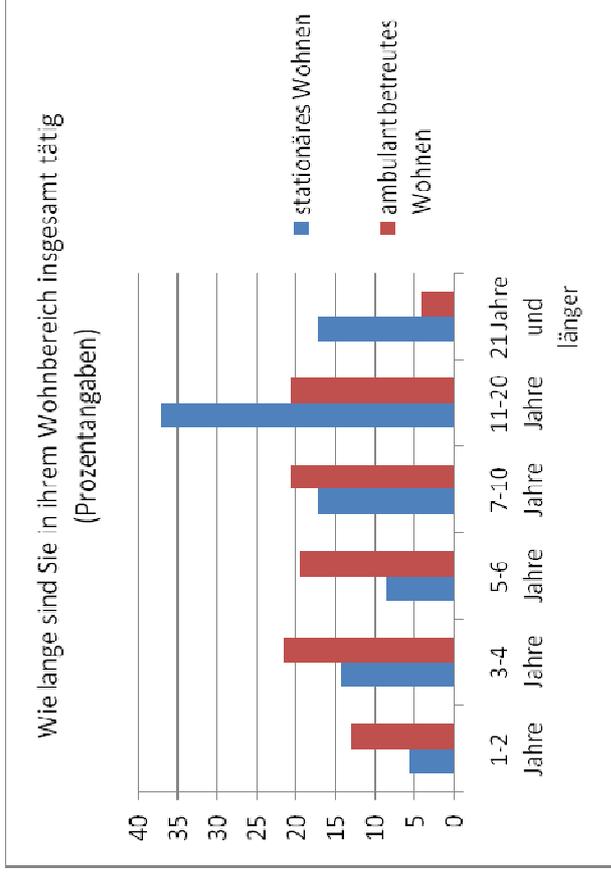
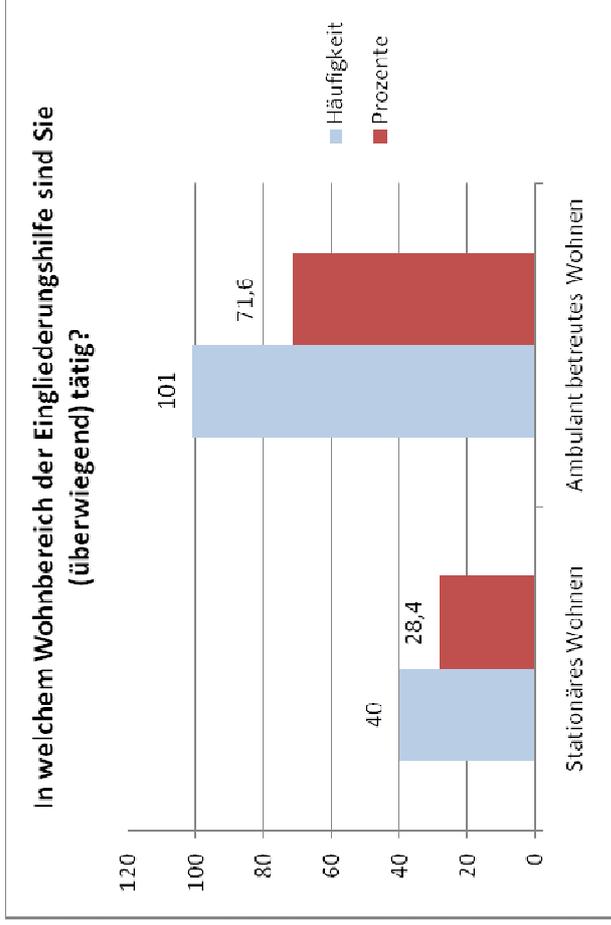
Wüllenweber, E., Theunissen, G. & Mühl, H. (Hrsg.). (2006). *Pädagogik bei geistigen Behinderungen: ein Handbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

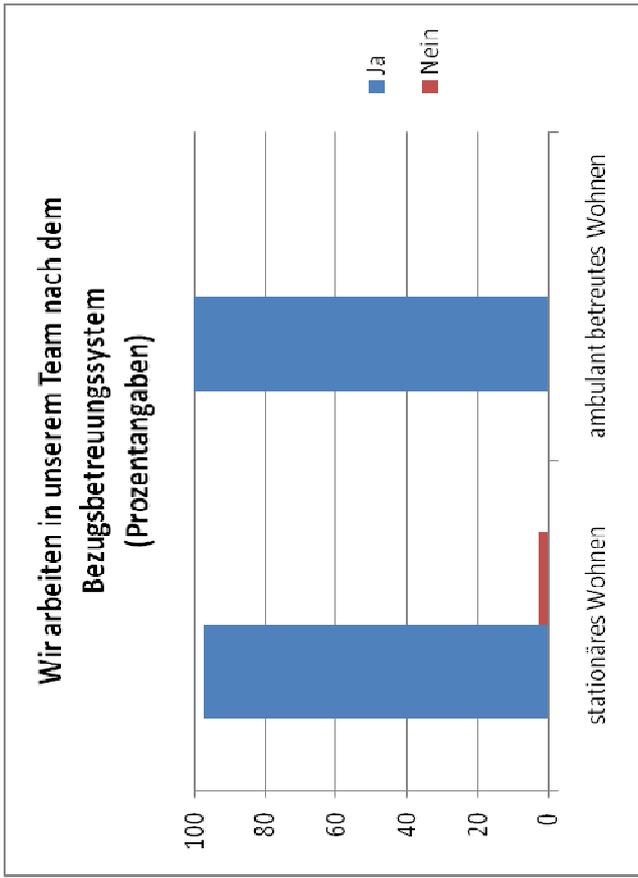
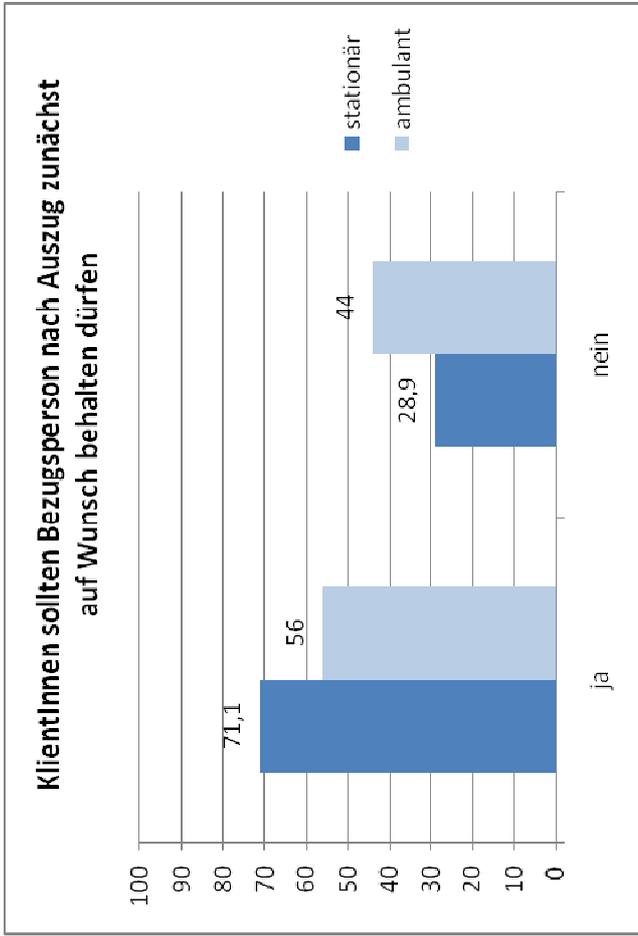
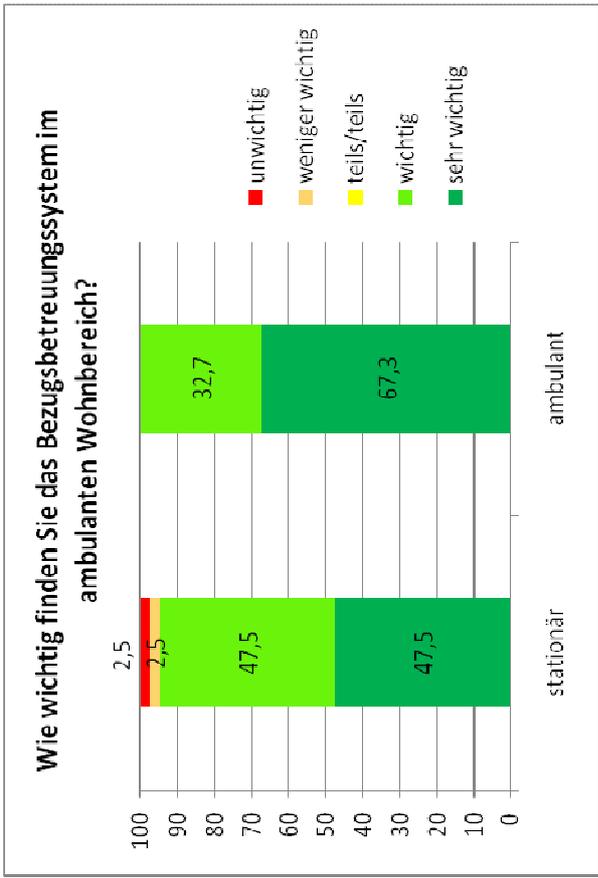
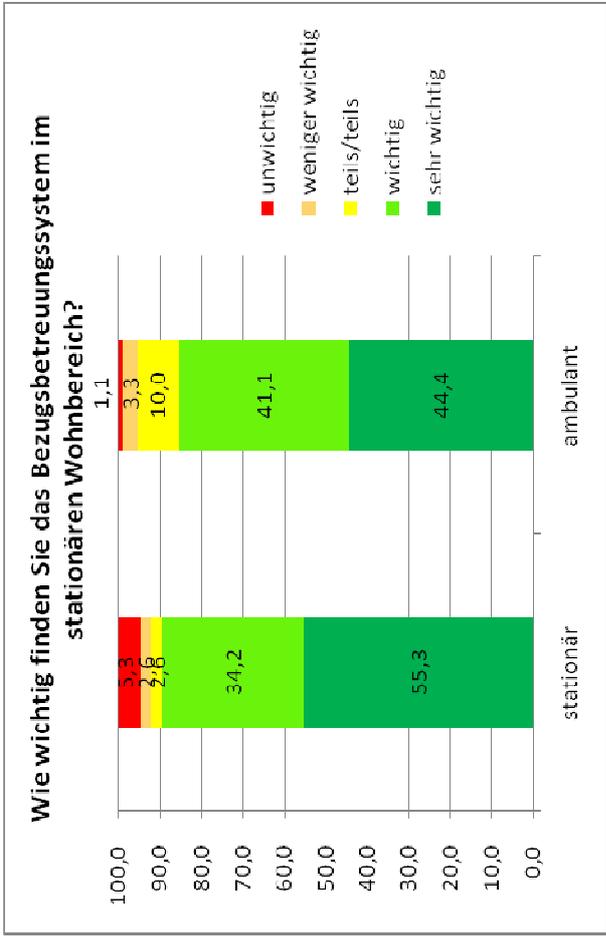
Welker, M. & Wunsch, C. (2010). Methoden der Online-Forschung. In W. Schweiger & K. Beck (Hrsg.), *Handbuch Online-Kommunikation* (S. 487-517). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

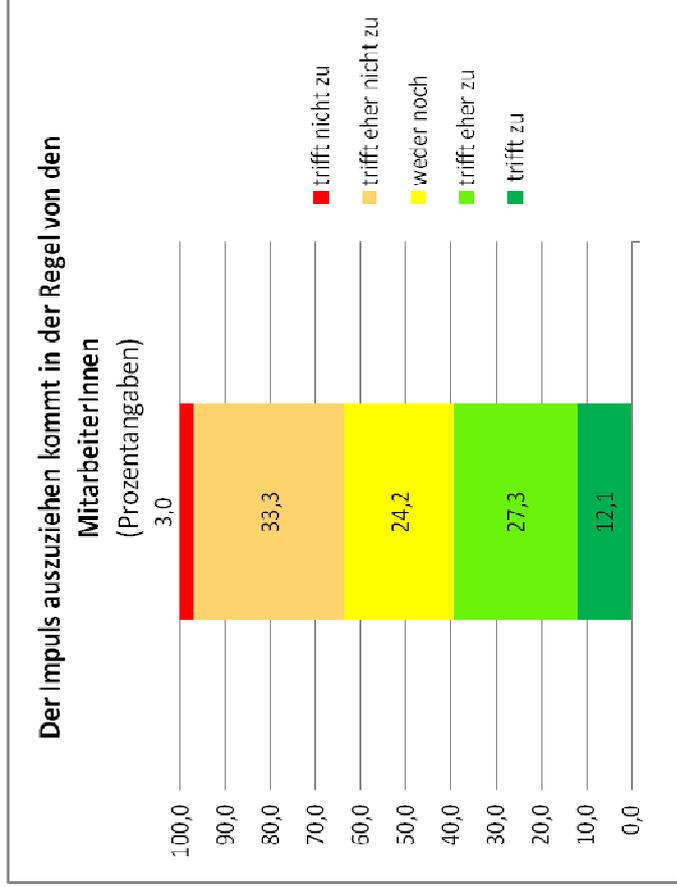
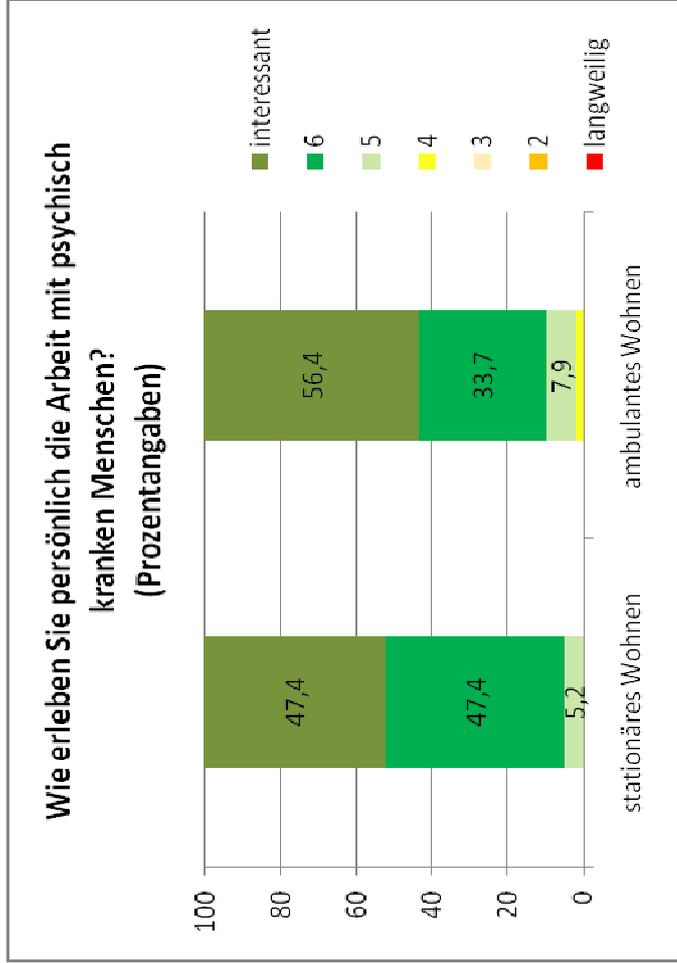
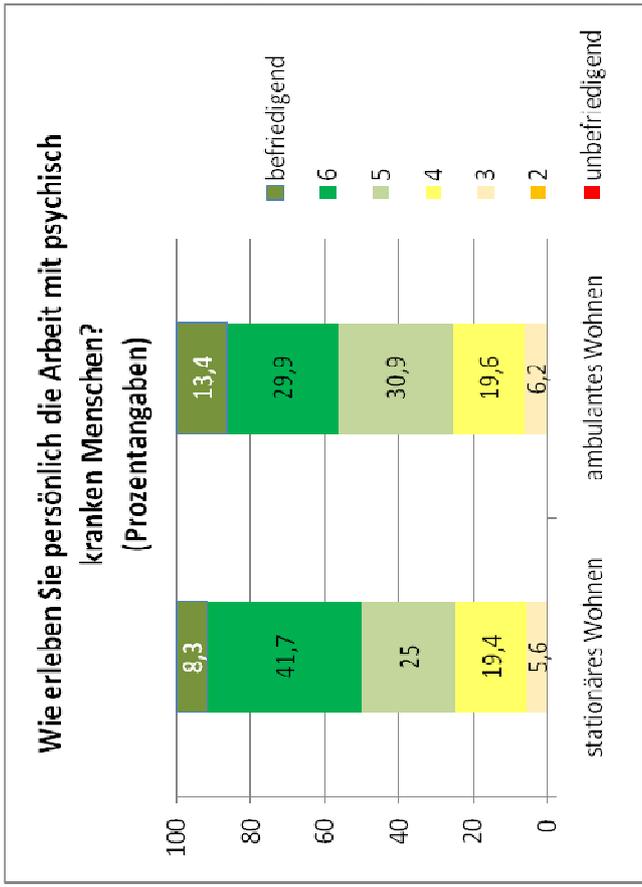
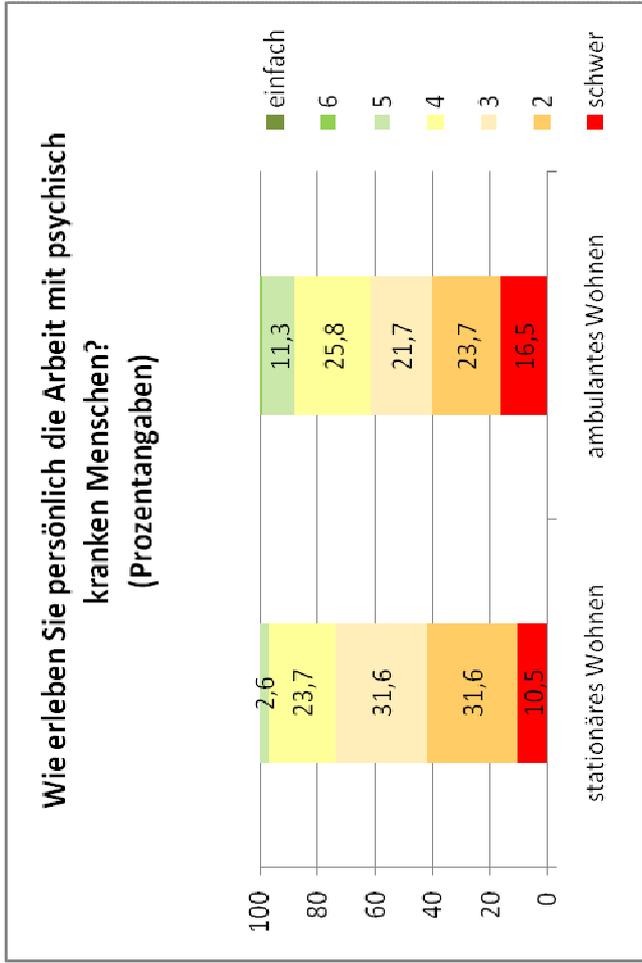
## **8. Anhang**

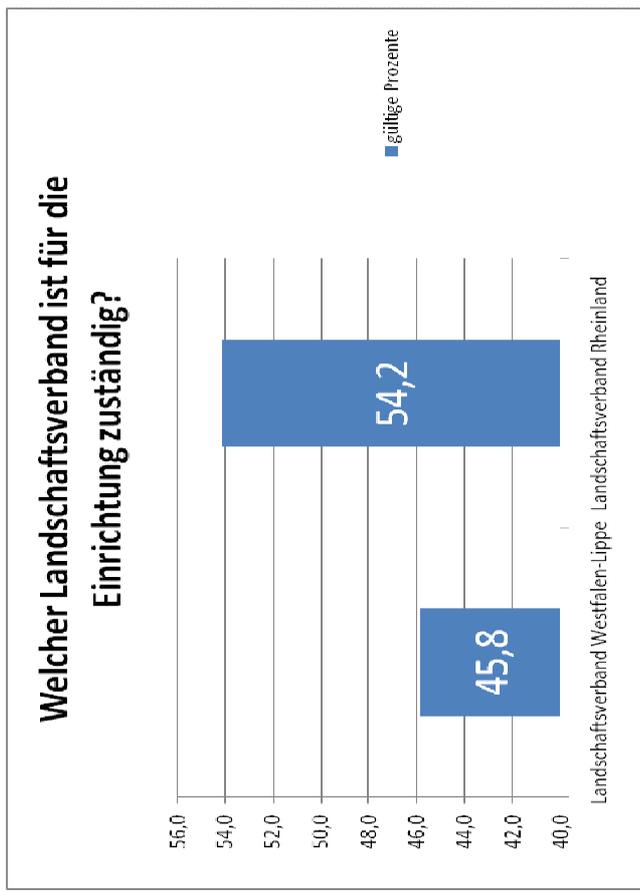
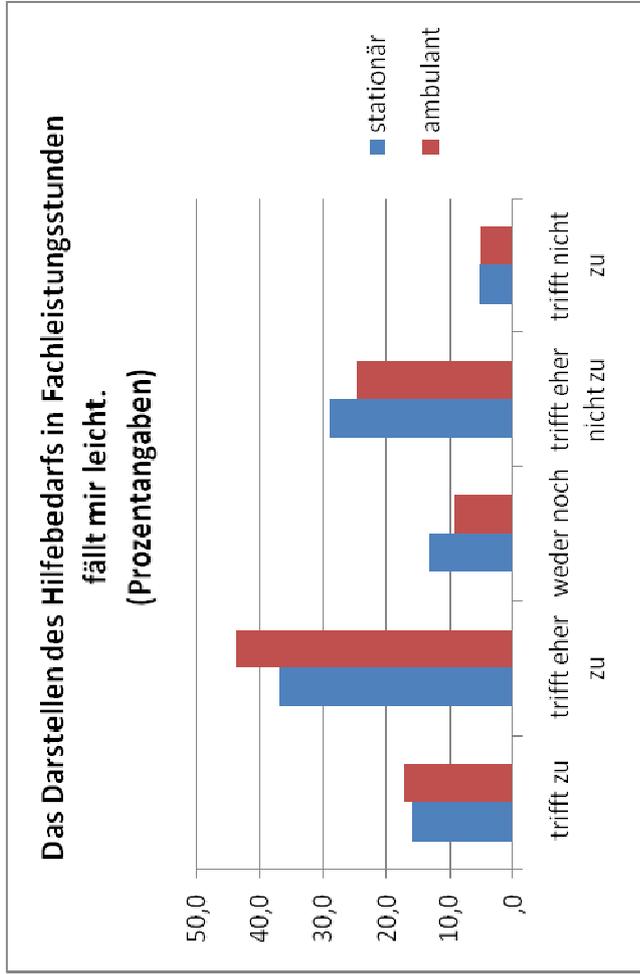
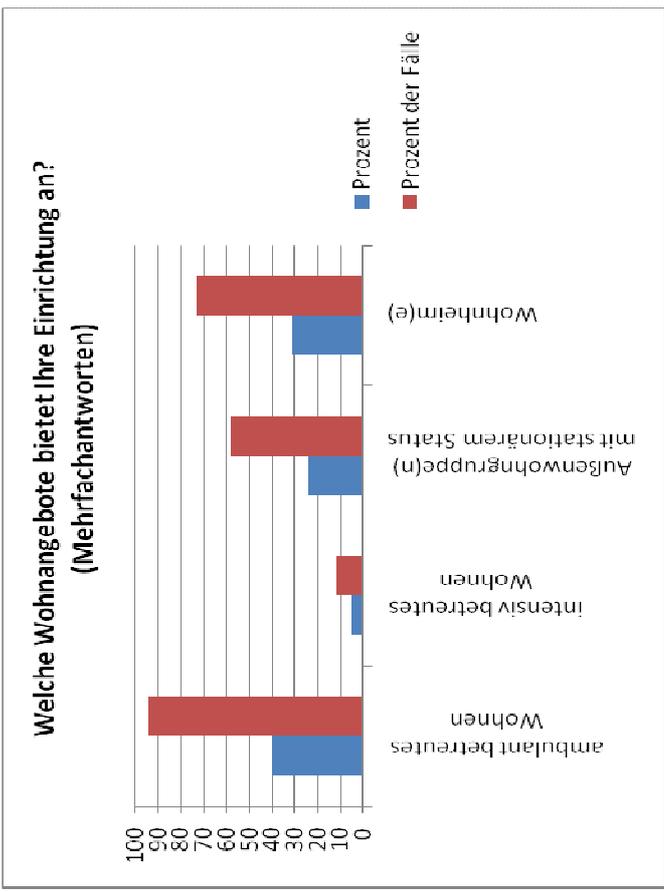
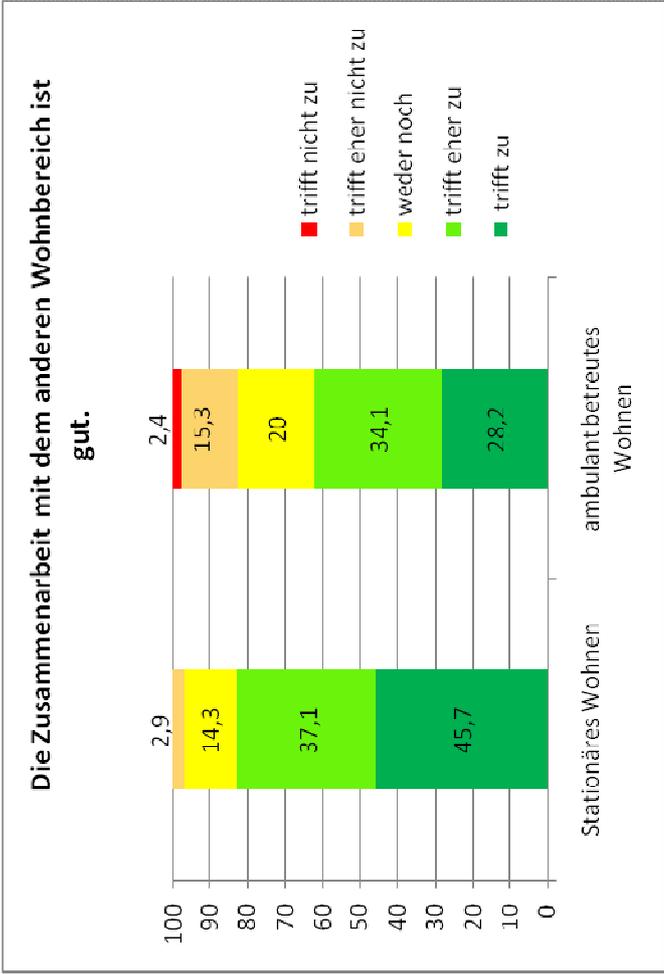
Grafiken MitarbeiterInnenbefragung .....	Seite I
Verbesserungsvorschläge (MitarbeiterInnenbefragung).....	Seite X
Kategorienzuordnung Qualitative Befragung.....	Seite XII
Leitfaden NutzerInneninterview.....	Seite XVII
Fragebogen MitarbeiterInnenbefragung.....	Seite XX

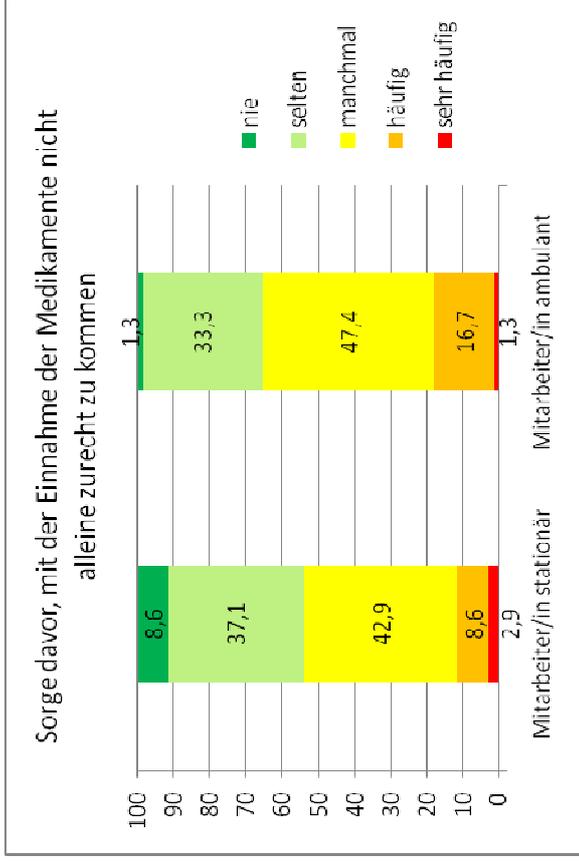
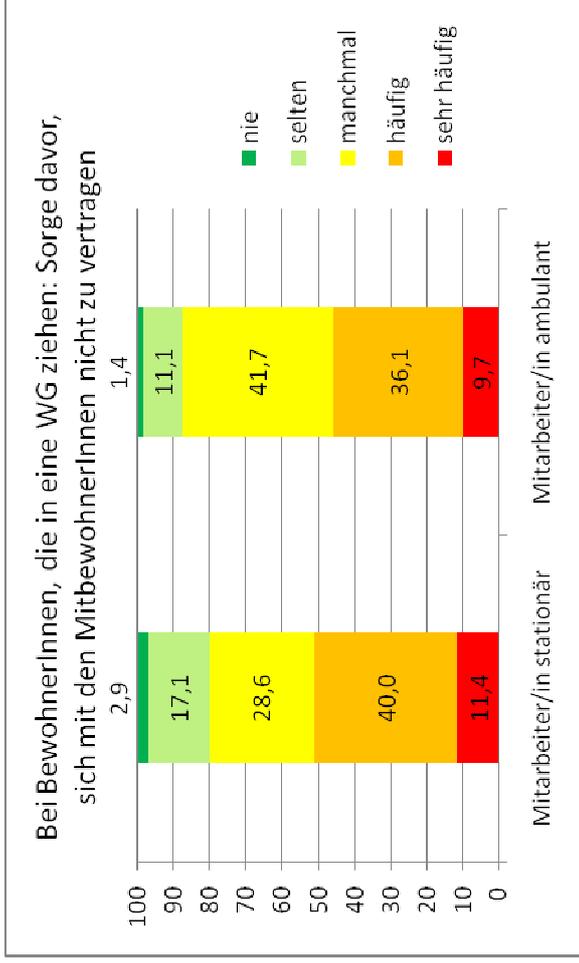
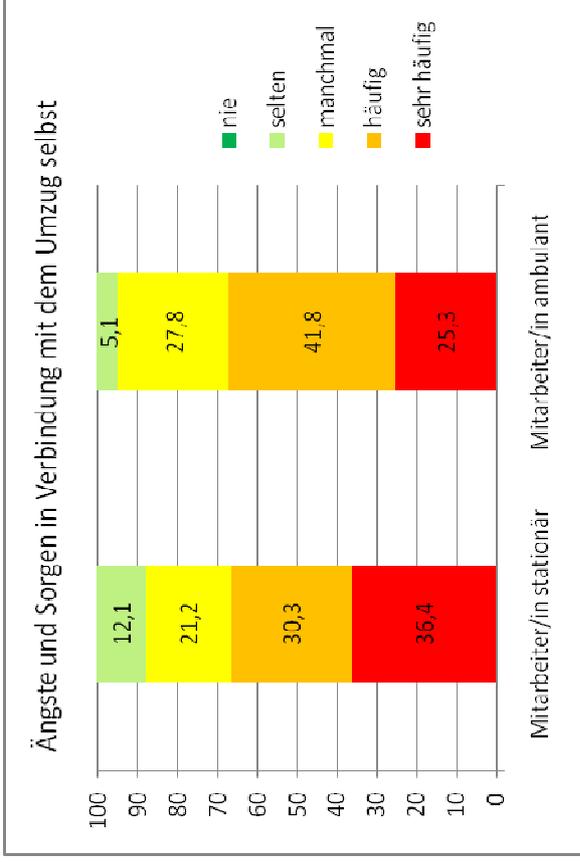
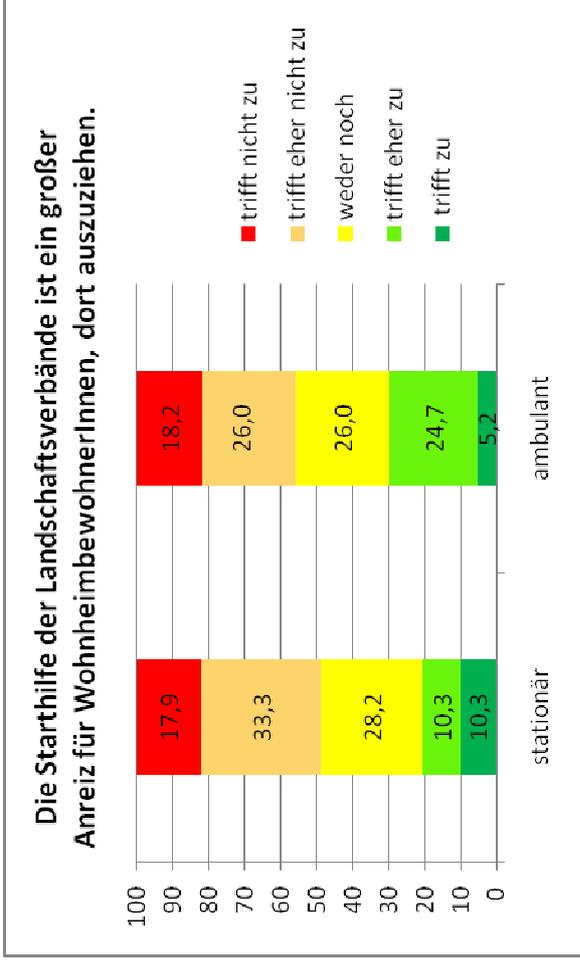
# MitarbeiterInnenbefragung

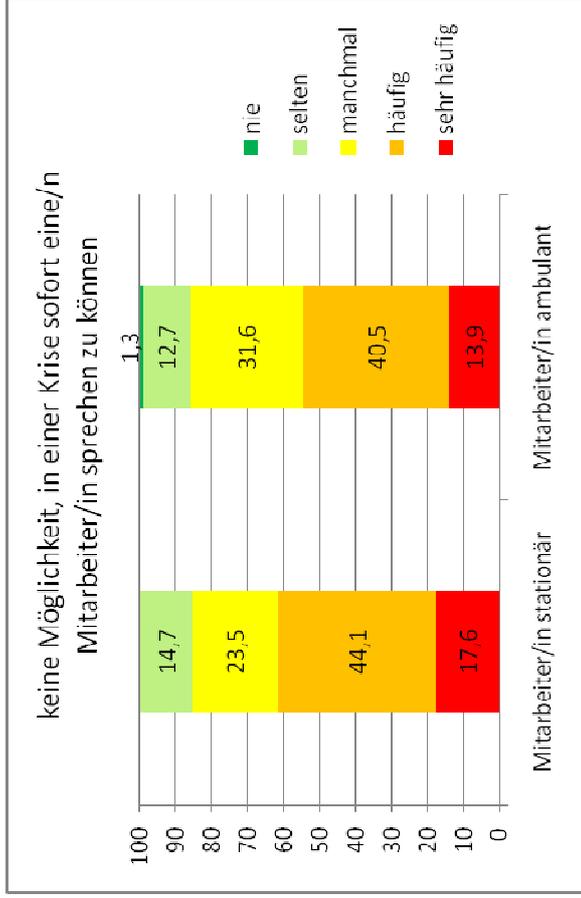
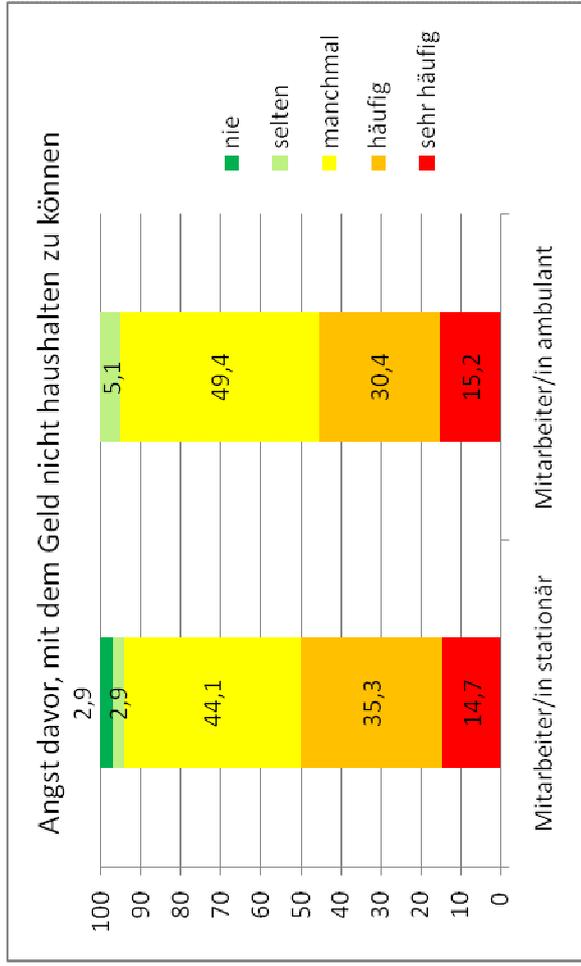
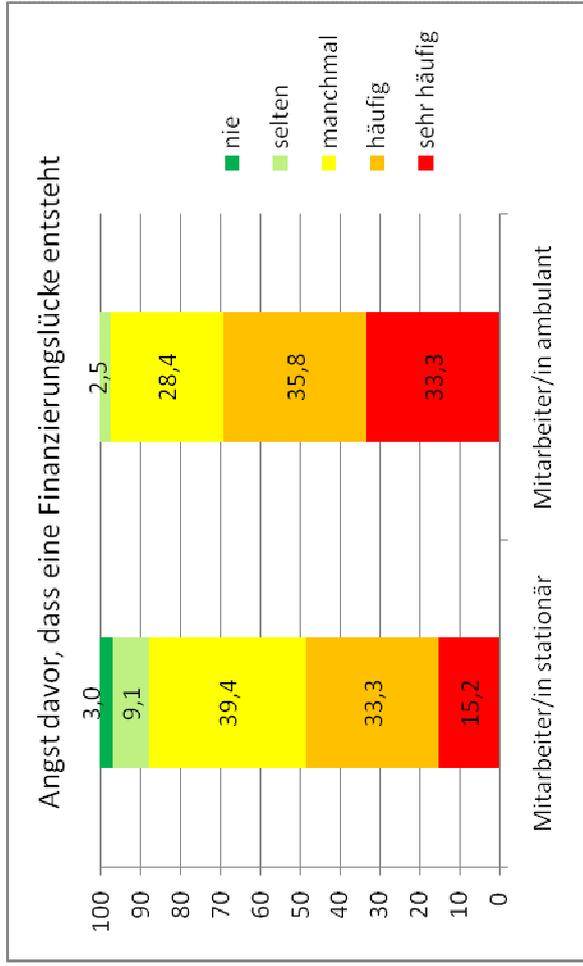


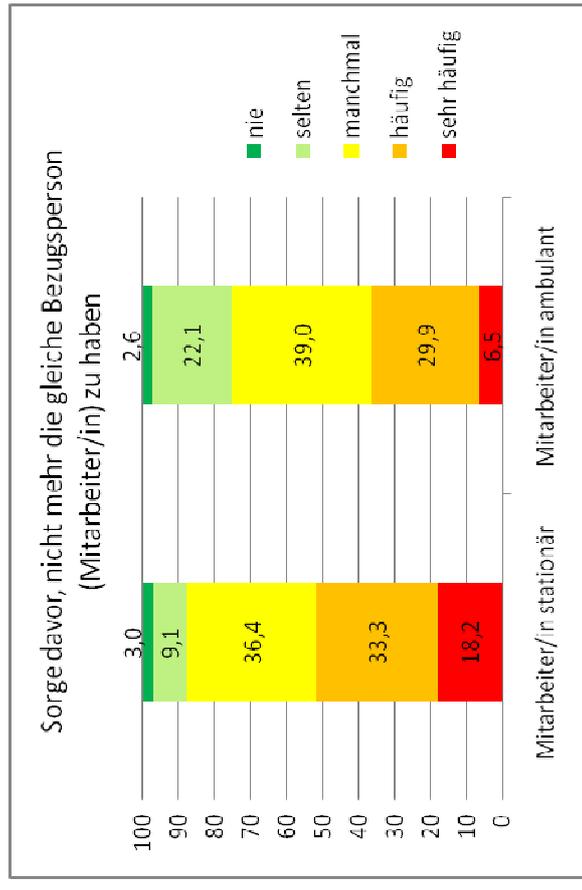
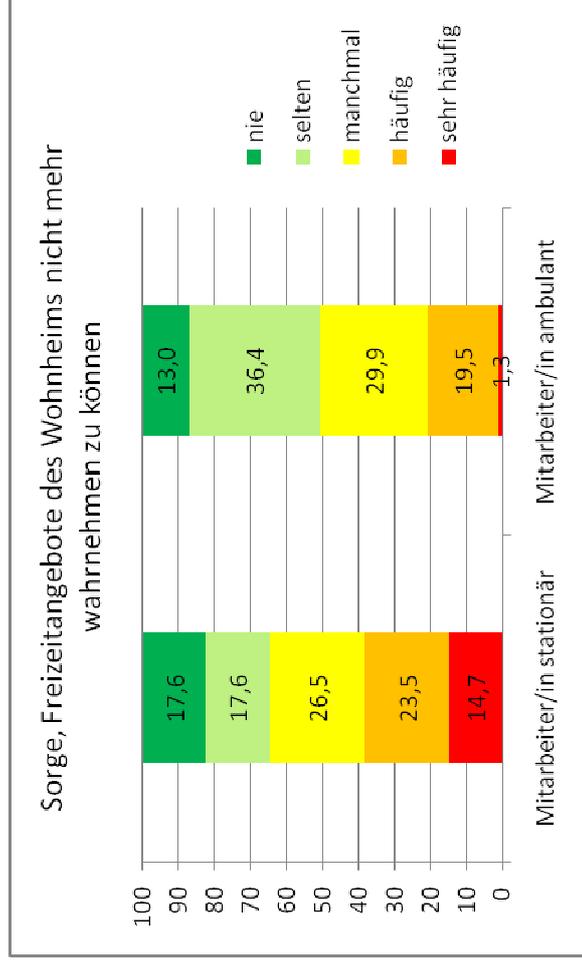
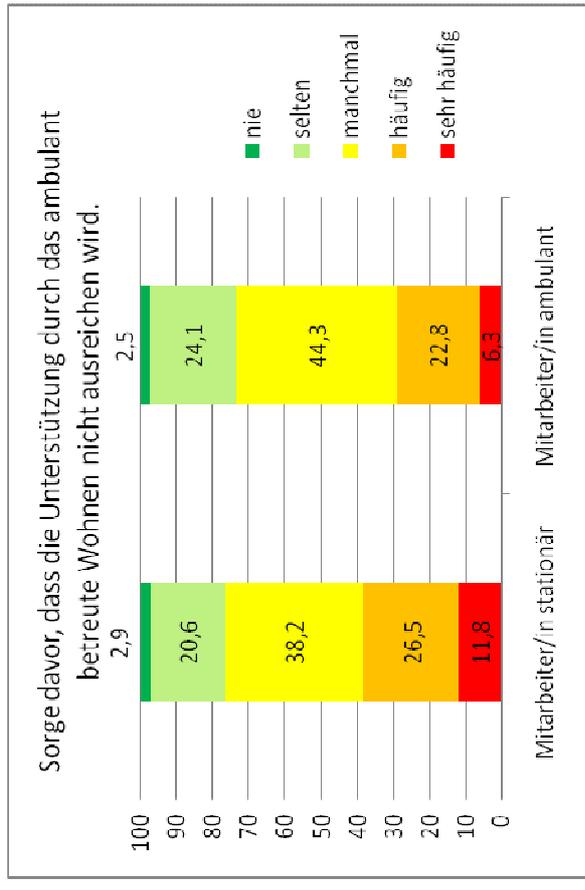
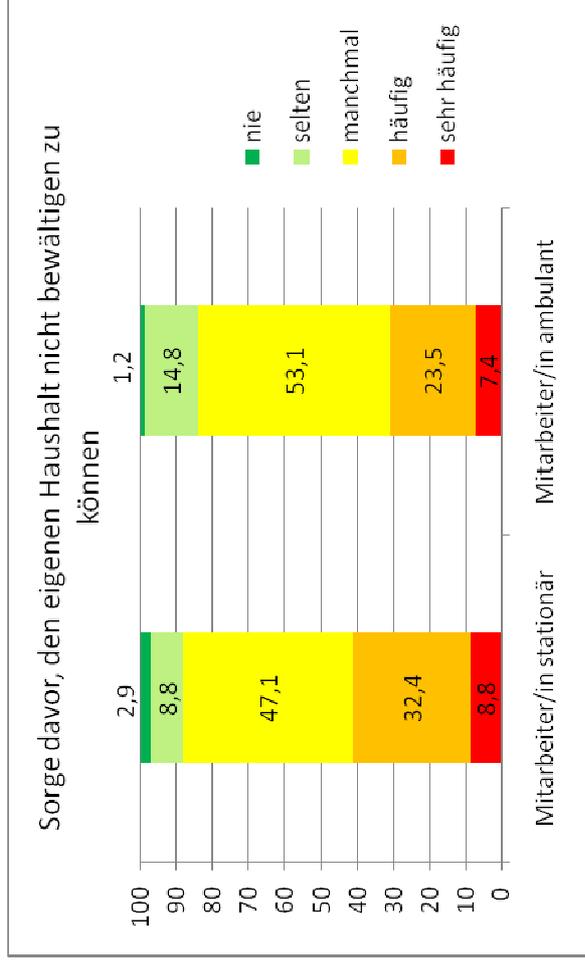




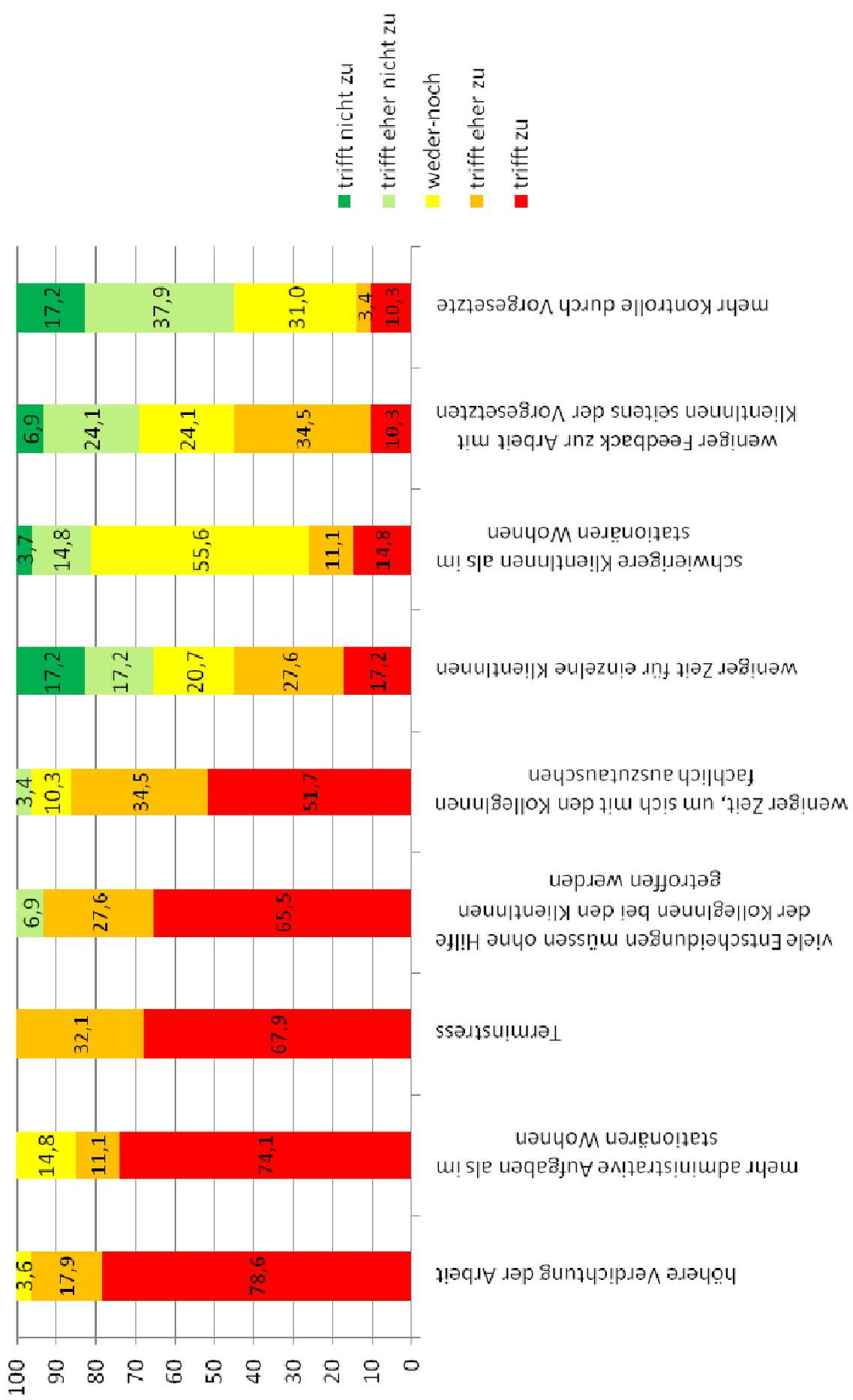


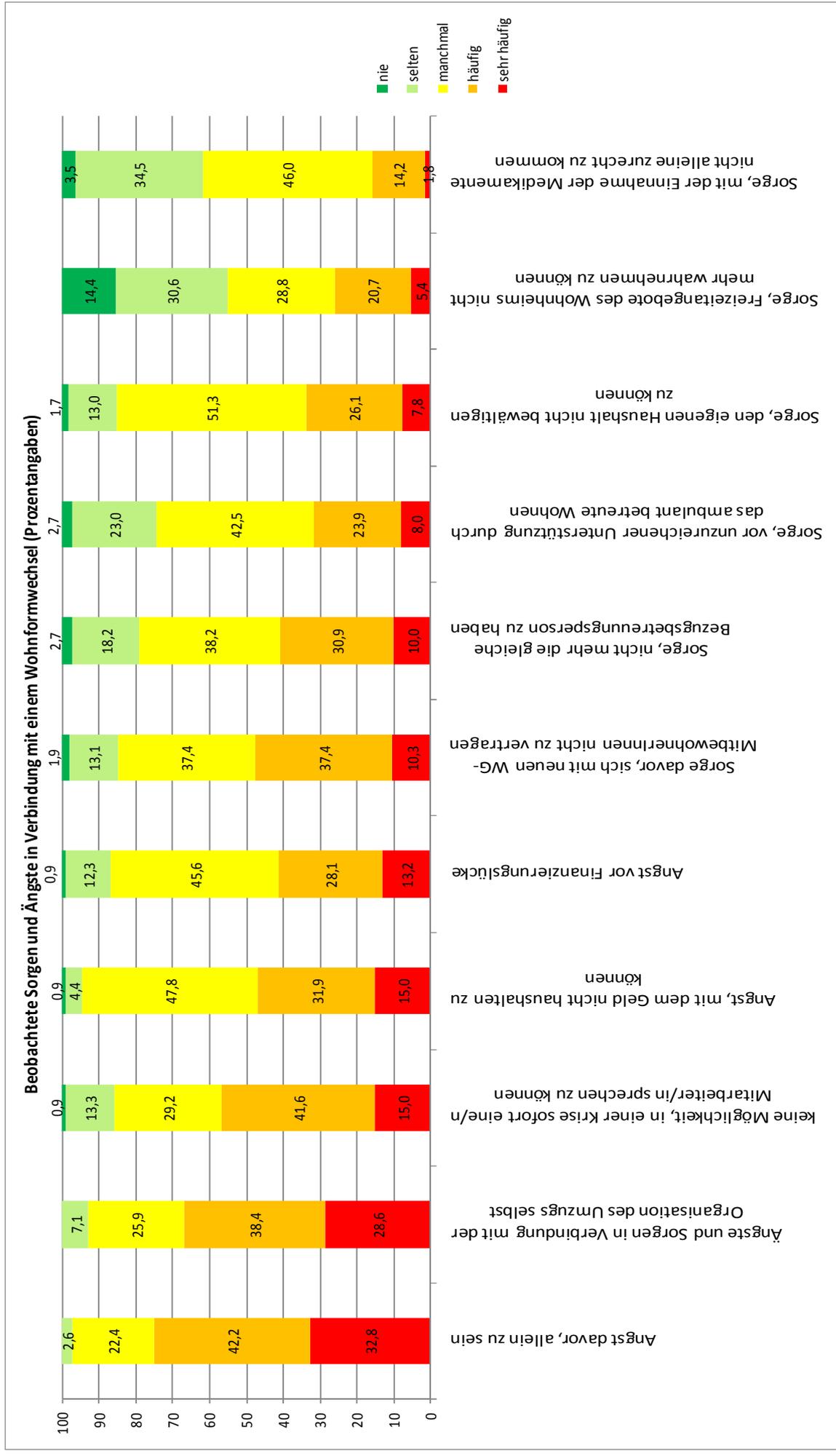






## Was macht das Arbeiten im ambulant betreutem Wohnen für MitarbeiterInnen schwieriger als im stationären?





Offene Antworten zu Verbesserungsvorschlägen (MitarbeiterInnenbefragung)	
	Nennungen
<b>Weitere Nutzung von stationärer Strukturen und Angeboten nach Auszug</b>	7
Angebot, an Veranstaltungen des Wohnheims weiter teilnehmen zu können ( Feste...)	
Möglichkeit, einzelne tagesstrukturierende Wohnheimangebote (z.B. interne Kochgruppe) zunächst erstmal auf Wunsch noch weiter nutzen können (Halt geben / Sozialkontakte)	
Weiterhin die strukturellen Angebote einer Einrichtung nutzen (Rufbereitschaft, Tagesstruktur)	
Krisenbett im Wohnheim	
Möglichkeit, die Nachtwachen bzw. Nachtbereitschaften im Wohnheim im Notfall zu kontaktieren	
Der Bewohner des Wohnheims wohnt übergangsweise "dezentral", d.h. in einer vom Wohnheim ausgelagerten, angemieteten Wohnung und wird noch vom Wohnheim weiter betreut. Beim späteren Wechsel ins ambulante Wohnen tritt der Bewohner als Mieter ein	
Möglichkeit weiterhin an den Freizeitangeboten im Wohnheim teilzunehmen, z.B. auch Ferienfreizeit	
<b>Verbesserung und Flexibilisierung des Leistungsumfangs im ambulant betreuten Wohnen</b>	5
Einbindung von Hauswirtschaftshilfen und Hausmeisterhilfen	
Rufbereitschaften oder Krisendienste für die Nächte.	
Trainings-WG hat sich sehr bewährt	
Fachleistungsstunden auch für Freizeitangebote und soziale Kontakte abrechnen zu können.	
Wohnformen wie Betreute WG's, ausreichende Finanzierung dieser Wohnformen	
<b>Flexibilisierung stationärer Wohnangebote</b>	
Übergangswohnheim bzw. Außenwohngruppen	4
Das Einrichten von (mehr) Außenwohngruppen. Ein Haus mit mehreren Einzelwohnungen oder WGs, in dem es auch ein Büro befindet, das tagsüber (oder stundenweise) mit Pädagogen und evtl. Hauswirtschaft besetzt ist.	
mehr Bereitschaft des Wohnheimes, die Wünsche der Bewohner bzgl. eines Auszuges zu unterstützen (die "guten und pflegeleichten" ziehen lassen),	
Übergangsbetreuung durch Doppelfinanzierung (stationär und ambulant)im Einzelfall mit der Möglichkeit unproblematisch in den stationären Rahmen zurückkehren zu können, sofern der ambulante Rahmen nicht ausreichend ist (im Bedarfsfall für die Dauer von drei Monaten). Ggf. Rückkehr in dieser Zeit für eine Nacht, oder für eine kurzfristige Krise noch nicht ambulant aufgefangen werden kann.	
<b>Bereitstellung von mehr Informationen oder unabhängiger Beratung zum ambulant betreuten Wohnen</b>	4
Aus meiner Erfahrung, ist es wichtig die Mitwirkungspflicht und die Eigenverantwortung im BeWo deutlicher zu machen.	
ein Leitfaden für "Erst-Alleinwohner" wär bestimmt hilfreich für beide Seiten. Mit grundsätzlichen gut verbildlichten Hygieneaspekten, Ernährungstabelle (bzw. Ernährungsplan), wichtige Telefonnummern & Kalender z.B.!	
Informationen über Wohnanbieter außerhalb des stationären Settings	
Clearingstelle einrichten für offene Beratung nicht trägergebunden!	

<b>Schaffung von bezahlbarem Wohnraum / Beachtung der Wohnumgebung</b>	4
Bessere Voraussetzungen für betreute Wohngemeinschaften, d.h. geeigneter Wohnraum und Bereitschaft des Kostenträgers, die damit verbundenen Kosten für den Leistungserbringer auch zu honorieren.	
Finanzierbarkeit (einschliesslich der Folgekosten beim Wohnungsunterhalt, bspw. die Höhe der Nebenkosten)	
Mindeststandards sollten aufgestellt und entsprechend erfüllt werden können: Wunschstadtteil, gut geschnittene Wohnung (separater Schlafraum!)	
bezahlbarer Wohnraum	
<b>Sonstiges</b>	4
Die Träger sollten in die Gestaltung mehr miteinbezogen werden, damit sie die Arbeit auch inhaltlich unterstützen können und die notwendigen Mittel dafür zur Verfügung stellen.	
Als sehr notwendig erscheint mir eine hohe Transparenz zwischen den Betreuern im stationären Bereich und denen der ambulanten Dienste. Ebenso sollte das Befürworten des Auszugs des Bewohners seitens der stationären Einrichtung gegeben sein.	
Fragen Sie doch mal bei Betroffenen nach...!	
BeWO ist für junge psychisch Kranke ungeeignet, da die jungen Klienten einen Rahmen benötigen, den die BeWo nicht vorhalten kann. Deshalb ist bei den meisten jungen Klienten (18 bis 25) die Struktur einer stat. unabhängig, damit sie viel über sich, die Erkrankung erlernen und erlernen sich an Regeln zu halten. Gesellschaftliche Strukturen erlernen. Seit die BeWo eingerichtet wurde, sind die Klinikaufenthalte der jungen Menschen verdreifacht.	
<b>Kontakte zwischen NutzerInnen der beiden Wohnbereiche</b>	3
Möglichkeit eines gemeinsamen Treffpunktes (niederschwellig) für Klienten aus dem ambulanten und stationären Bereich. Gemeinsame Psychoedukationsgruppen.	
Kontakte zwischen ambulant und stationär betreuten Klienten fördern, gemeinsame Angebote für Bewohner aus Betreuungseinrichtungen und ambulant betreuten Klienten	
Regelmäßige Kontakte zwischen Ambulant-Stationär durch z.B. gemeinsame Gruppenangebote und Öffnen der ambulanten Gruppenangebote für stationäre Bewohner.	
<b>Treffen von NutzerInnen des ambulant betreuten Wohnens zum Erfahrungsaustausch</b>	2
freiwilliges Gruppentreffen "Ehemaliger" z. B. 1 x im Monat in ABW Räumlichkeiten für Austausch Erfahrungen mit selbständigen Wohnern.	
Angebot Gruppentreffen 1 x im Monat für Austausch der Erfahrungen im ABW	
<b>Verbesserung des gemeindepsychiatrischen Angebotes ohne Wohnformbezug</b>	2
angemessene Tagesstrukturen bzw. Beschäftigungsmöglichkeiten	
Leichtere Beantragung sämtlicher Kosten	
<b>Erhöhung der Selbständigkeit von NutzerInnen vor Wohnheimauszug</b>	1
Entwickeln und Training entsprechender Fähigkeiten und Fertigkeiten schon im Wohnheim; Selbständigkeit aufbauen	

### Kategorienzuordnung Qualitative Auswertung

Kategorie	Textpassagen
Finanzielle sowie materielle Unterstützung und Sicherheit	<p><u>Herr W.:</u>            - Ja nun, wenn ich da mein Geld bekomme und hier noch, da bleibt so viel über, da kann ich gut sparen, so für den Urlaub.            - Das ist der größte Vorteil, dass das alles hier mir gehört.</p> <p><u>Herr D.:</u>            - Und 2000 Euro [auf die Frage, wie die Unterstützung beim Wohnheimauszug aussah].            - Und eine Woche später habe ich wieder hundert Euro gekriegt und danach habe ich dann 75 Euro pro Woche bekommen [nach Umzug].            .</p>
<i>Impuls zum Wohnformwechsel</i>	<p><u>Frau M.:</u>            - Die hatten das so besprochen und dann kam S. zu mir und sagte, wollte mit mir sprechen, und dann sagte sie, ja in der XY-Straße wäre eine neue WG gegründet oder zwei, ob ich da nicht hingehen wollte.            - Im April hatte man mir das gesagt, letztes Jahr [möglicher Auzug].</p> <p><u>Herr W.:</u>            Dann hat P. mich voriges Jahr gefragt, ob ich mir vorstellen könnte, eine eigene Wohnung zu bekommen</p>
<i>Vorbereitungszeit auf den Wohnformwechsel</i>	<p><u>Herr D.:</u>            - Viereinhalb Jahre hat die [Vorbereitungszeit] gedauert.</p>
Wohnheimaufenthalt als Ort der Gesundheit / Umzug ins betreute Wohnen als Zeichen der Gesundheit	<p><u>Frau M.</u>            -Also, ich habe mal Stimmen gehört, mit den Stimmen hätte ich das nicht geschafft. Jetzt höre ich keine Stimmen mehr und so kann ich jetzt auch besser alleine leben, weil die Stimmen eben weg sind.            - Ja, aber die haben mich da total, weiß ich nicht, fertig gemacht. Weil, ich war zu der Zeit ziemlich krank und die anderen waren alle fitter als ich und dann bin ich ja auf Station X gekommen und wenn ich die jetzt manchmal noch treffe und ganz stolz erzähle, ich habe jetzt eine eigene Wohnung, dann gucken sie erstmal ganz groß, weil die sind immer noch in der Einrichtung Y und ich habe es geschafft. Die haben alle gedacht ich</p>

	<p>würde das nie schaffen, weil ich eben so krank war.</p> <p><u>Herr W.:</u>  - Da ist es auch schon besser geworden mit meiner Gesundheit , meine Gesundheit ist unheimlich stabil geworden. Deswegen hat der P. mich gefragt, ob ich mir vorstellen kann, eine eigene Wohnung zu bekommen.  Zum Beispiel der eine, der ist schon auch selber Schuld, weil er keine Medikamente einnimmt und da ist der wieder krank geworden und vor einer Woche hat er gesagt, er möchte wieder eine eigene Wohnung haben, obwohl er erst vor einem Monat wieder zurück ins Wohnheim gekommen ist.</p> <p><u>Herr D.:</u>  - Medikation und Betreuung [auf die Frage, wie die Unterstützung im Wohnheim aussah].  - Ja, die Vorbereitung, dass die Psychose geht [auf die Frage, wie die Vorbereitungszeit auf das ambulant betreute Wohnen aussah].</p>
Freiheit	<p><u>Frau M.</u>  - Das ist einfach besser, viel freier und so. Man kann alles alleine machen dann, es steht keiner hinter einem und sagt: „du machst jetzt das und das“, sondern dann kann ich auch, wenn ich nach Hause komme und nicht sofort Lust habe, irgendwas zu machen in der Wohnung, mich auch erst hinsetzen und dann hinterher machen.  Im Wohnheim war es auch schön, aber da kam schön öfter: „jetzt mach doch mal das und das“, aber es war sehr schön trotzdem das Wohnheim.</p> <p><u>Herr W.</u>  - Da [ambulant betreutes Wohnen] habe ich viel mehr Freiheit, da kann ich so lange Fernsehen gucken, wie ich will oder Musik hören oder wenn es schön ist, draußen sitzen mit einem Klappstuhl.</p> <p><u>Herr D.:</u>  - Man ist dann nicht mehr eingeschlossen [lebte in einem halboffenem Heim].  - Die gesundheitliche Entfaltung und Freiheit.</p>

Umzug bzw. Einzug	<p><u>Herr W.:</u></p> <p>- Der P. hat mir dabei geholfen und auch die ganzen Möbel gekauft, Tisch, Stühle und Schrank, Bett und fürs Badezimmer, das haben wir zusammen gemacht. Er hat mir geholfen, das alles aufzubauen, die Gardinenstange anzubringen.</p> <p><u>Herr D:</u></p> <p>- Der Herr K. hat meine Sache hierhin gefahren. Der Elektroherd, ein Kühlschrank, also die Küche war schon drin gewesen. Dann sind hier einige Möbelstücke in der Wohnung gewesen, den Rest habe ich gekauft. An einem Tag [Dauer des Umzugs].</p> <p><u>Frau M.:</u></p> <p>- Die haben mich alle unterstützt, die ganzen Betreuer.  - Ja klar, die haben mir geholfen die Betreuer.  - Mit einem normalen Auto, mit einem normalen Bully [wurden die Sachen transportiert].  - Das ging eigentlich [auf die Frage nach dem Umzugstag]</p>
Reglementierung im Wohnheim	<p><u>Herr W.:</u></p> <p>- Als ich in der Außenwohngruppe war, hatte jeder seine Aufgaben gehabt und zum Beispiel der D. muss jeden Mittwoch das ganze Wohnzimmer die Treppe und die Küche putzen, Flur, und ich muss am Samstag da putzen.</p> <p>Als ich noch in der Außenwohngruppe war, habe ich nicht soviel Freiheit gehabt und so. Wenn da einer das gucken will, das muss der dann gucken, und wenn der andere das haben will, dann muss der das machen.</p> <p><u>Herr D.:</u></p> <p>- Hier [im ambulant betreuten Wohnen] hat man seine Ruhe. Hier ist man nicht so stark physisch belastet wie im Wohnheim.</p> <p>Man wird hier akzeptiert.</p> <p>- Ich war ja im Heimrat gewesen und habe das Protokoll geführt und Briefe an die Ärzte und an die Direktoren geschrieben.</p>
Verabschiedung von Mitbewohnern	<p><u>Herr W.:</u></p> <p>Mit allen, mit Kaffee und Kuchen und so, da im Haus da waren auch viele traurig von denen, dass ich weg bin.</p> <p>- Auch Bewohner, die Außenwohngruppe zum Beispiel,</p>

	<p>das waren sieben Leute, eine Hälfte drei Leute und die andere Hälfte vier Leute und zwei Betreuer und die waren alle traurig gewesen, dass ich weg bin.</p> <p><u>Herr D.:</u>  - Ja, mit einem Händedruck und ein paar netten Worten.  - Nein ich war nicht traurig, ich bin froh gewesen</p>
Verabschiedung bei Bezugsperson im Wohnheim	<p><u>Herr D.:</u>  - Mit einer Umarmung und einem Händedruck.  - Der wollte mich in der Woche nach Ostern besuchen und hat sich aber nicht gemeldet, nichts mehr von sich hören lassen.</p>
Kontakte zum ehemaligen Wohnheim / Soziale Kontakte allgemein	<p><u>Frau M.:</u>  - Doch, ja klar, ich gehe da jetzt sogar manchmal noch hin [ins Wohnheim].  - Ach da sind ganz nette Leute [im jetzigen Haus].</p> <p><u>Herr W.:</u>  - Zur Außenwohngruppe habe ich kaum Kontakte, außer zu meinem Bruder und meinen Eltern. Mein früherer Freund meldet sich gar nicht mehr oder der ist weggezogen. Das ist Kommen und Gehen, Kommen und Gehen, das ist nun mal so.  - Ich habe noch Kontakt mit dem P. und mit dem H.  - Natürlich muss ich zugeben, dass ich alleine hier bin.</p> <p><u>Herr D.:</u>  - Ich habe hier ein paar nette Leute im Kontaktzentrum.  - Ich gehe jetzt öfter meine Verwandtschaft besuchen.</p>
Freizeitgestaltung	<p><u>Frau M.:</u>  - Ja, ich gehe aber auch noch wo anders hin, ins [psychosoziale Einrichtung].  - Kino.</p> <p><u>Herr W.:</u>  - Ich arbeite ja von 7.30 bis 15.30 Uhr, dann habe ich Feierabend dann kommen wir her, dann machen wir Kaffee und gucken Fernsehen und so.  - Fernsehen gucken oder mit C. [Betreuerin] zusammen mal raus gehen in die Stadt, mal einen Kaffee trinken. Und wenn es heute heiß wäre oder gestern heiß gewesen wäre, wären wir schwimmen</p>

	<p>gewesen, war aber vorbei mit dem Sommer.</p> <p><u>Herr D.:</u> - Musik hören, Fernseh gucken.</p>
<p>Bezugsperson im Wohnheim</p>	<p><u>Frau M.:</u> - Die [Bezugsbetreuerin im Wohnheim] hat auch viel für mich getan, die hat auch einen Beitrag mit dabei, dass ich es jetzt gut geschafft habe.</p> <p><u>Herr D.:</u> - Der ist kompetent gewesen, herzlich und treu. Er hat einen guten Charakter und ich konnte den Mann gut leiden.</p>
<p>Bezugsperson im betreuten Wohnen</p>	<p><u>Frau M.:</u> - Ich muss erst Vertrauen aufbauen, sonst klappt das hinten und vorne nicht. Am Anfang [des betreuten Wohnens] war das ja so, dass ich Sachen die mich bedrückt haben, die habe ich immer [den MitarbeiterInnen] der Langzeitstation erzählt. - Die tut sehr viel für mich. Sie hat dafür gesorgt, dass ich ein Appartement kriege und das läuft ja jetzt auch ganz gut.</p> <p><u>Herr D.:</u> - Ja, war mir sofort sympathisch gewesen.</p>

### Leitfaden für Interviews mit Psychiatriefahrenen/ Wohnformwechsel

#### Begrüßung:

Ich möchte mich erst einmal kurz vorstellen und etwas zu dem Hintergrund des Interviews erzählen. Mein Name ist Ilja Ruhl und ich studiere an der Fachhochschule Fulda im Masterstudiengang „Gemeindepsychiatrie“. Das Interview führe ich im Rahmen dieses Studiums durch. Es wird auf ein Tonband aufgenommen und anschließend auf Papier übertragen und ausgewertet. Ihr Name wird dabei nirgendwo notiert, die Daten sind also anonymisiert. Ich befrage Klientinnen, die vom stationären Wohnen in das ambulante Wohnen gewechselt sind. Außerdem führe ich auch Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem stationären und ambulanten Wohnbereich durch. Anders als bei Interviews, die Sie vielleicht schon kennen, kreuze ich nicht Antworten an, sondern möchte mich einfach mit Ihnen zu einem Thema unterhalten.

Wenn Sie daran interessiert sind, kann ich Ihnen die Auswertung Mitte nächsten Jahres zukommen lassen.

Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich mich zuerst einmal herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben am Interview teilzunehmen.

#### Leitfaden für das NutzerInneninterview

Einstiegsfrage	Obligatorische Fragen	Aufrechterhaltungsfragen
<p><b>1. Ich möchte zunächst einige Zeit zurückgehen, als Sie noch im Wohnheim wohnten. Wann begann aus Ihrer Sicht die Vorbereitungsphase auf</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Unterstützung haben Sie von Ihrem Bezugsbetreuer im Wohnheim in dieser Phase bekommen?</li> <li>• War in dieser Zeit auch die Bezugsperson aus dem ambulanten Wohnen beteiligt? Wenn ja, wie sah deren Beteiligung aus?</li> <li>• Was hätte in der Vorbereitungsphase</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was war denn alles zu regeln in dieser Zeit.</li> <li>• Haben Sie einen genauen Zeitplan erstellt?</li> <li>• Wie haben Sie denn die vielen Dinge, die es zu tun gab „hintereinander“ bekommen?</li> </ul>

<p><b>den Wechsel ins ambulante betreute Wohnen und wie haben Sie diese erlebt?</b></p>	<p>besser laufen können?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wären Sie gerne schon früher aus dem Wohnheim ausgezogen?</li> </ul>	
<p><b>2. Und wenn Sie jetzt an Ihren Umzug direkt zurückdenken, wer hat Ihnen dabei geholfen?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hätten Sie sich noch Hilfe von anderen Personen gewünscht?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie sah diese Hilfe konkret aus?</li> <li>• Sind Sie an einem Tag umgezogen oder nach und nach?</li> <li>• Welche finanziellen Möglichkeiten hatten Sie? Hat Ihnen das Amt unter die Arme gegriffen?</li> </ul>
<p><b>3. Was haben Sie besonders an Ihrer Bezugsbetreuung im Wohnheim geschätzt?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Und gab es auch etwas, dass Sie gestört hat?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wo war Ihr Wohnheimbetreuer Ihnen eine besonders große Hilfe (nicht auf den Umzug bezogen)?</li> </ul>
<p><b>4. Wie haben Sie sich denn von Ihrer Bezugsperson verabschiedet?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wichtig war es Ihnen, sich von Ihrer Bezugsperson zu verabschieden?</li> <li>• Haben Sie heute auch noch Kontakt zu Ihrer Bezugsperson im Wohnheim?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind Sie essen gegangen?</li> <li>• Haben Sie ein Präsent bekommen oder verschenkt?</li> <li>• Hat Ihre Bezugsperson Ihnen angeboten, dass Sie sich auch weiterhin bei ihr melden können?</li> <li>• Hatten Sie das Gefühl, dass mit ihrem Auszug ein klarer Schnitt gemacht wurde?</li> </ul>
<p><b>5. Und wie war die Verabschiedung von Ihren Mitbewohnern?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie denn heute noch Kontakt zu den ehemaligen Mitbewohnern?</li> <li>• Ist es Ihnen leicht gefallen, sich zu verabschieden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es denn Unterschiede bei der Art, wie man sich verabschiedet? Es ziehen ja öfter Leute aus?</li> <li>• Ist das nicht auch ein bisschen traurig, wenn man sich von den Mitbewohnern verabschiedet?</li> <li>• Bekommt man denn dann auch ein kleines Präsent oder gibt es ein bestimmtes Ritual.</li> </ul>
<p><b>6. Wie war dann nach dem Umzug ihr erster Gesprächstermin mit ihrer neuen Bezugsperson aus dem ambulanten Wohnen?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie sich schnell an Ihre neue Bezugsbetreuung gewöhnt?</li> <li>• Was meinen Sie persönlich, gibt es Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Mitarbeitern?</li> <li>• Ist der Betreuer von damals auch heute noch Ihr Betreuer?</li> <li>• Was schätzen Sie besonders an Ihrer jetzigen Bezugsbetreuung?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie denn dem neuen Bezugsbetreuer Ihre persönliche Biographie erzählt?</li> <li>• Redet man dann am Anfang der Betreuung eher über persönliche Dinge oder über Organisatorisches?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hat Ihre neue Bezugsperson auch etwas über sich erzählt?</li> </ul>	
<b>7. Haben Sie sich in Ihre neue Umgebung schon gut eingelebt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie schon neue Leute kennengelernt?</li> <li>• Was machen Sie in Ihrer Freizeit?</li> <li>• (Haben Sie Ihre Arbeitsstelle wechseln müssen?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist denn alles beim Alten geblieben?</li> </ul>
<b>8. Was ist aus Ihrer Sicht der größte Vorteil am ambulant betreuten Wohnen?</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was hat sich in Ihrem Leben absolut zum Guten gewendet nach Ihrem Auszug aus dem Wohnheim?</li> </ul>
<b>9. Und was vermissen Sie am meisten am Wohnheim?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Und wenn Sie an die Menschen dort denken, was vermissen Sie da am meisten?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie in der Zeit im Wohnheim Freunde gefunden?</li> </ul>
<b>10. Können Sie mir noch kurz von Ihren wichtigsten Stationen im Leben berichten?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie lange haben Sie in diesem Wohnheim gewohnt?</li> <li>• Haben Sie vorher in einem anderen Wohnheim gewohnt?</li> <li>• Haben Sie vor Ihrer Zeit im Wohnheim schon mal im ambulant betreuten Wohnen gelebt? (wenn ja: Wie kam es dazu, dass Sie ins Wohnheim gezogen sind?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was waren Ihre einschneidenden Erlebnisse, die Ihr Leben verändert haben?</li> <li>• Wie hat Ihre Erkrankungen Ihr Leben beeinflusst?</li> </ul>
<b>11. Darf ich Ihnen noch einige Fragen zu Ihrem beruflichen und biographischen Hintergrund stellen?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Ausbildung haben Sie?</li> <li>• Wie alt sind Sie?</li> <li>• Wie ist ihr Familienstand?</li> <li>• Haben Sie Kinder?</li> </ul>	

Zum Schluss: Fällt Ihnen noch irgendetwas ein, was ich vergessen habe und was Sie gerne erzählen wollen?

## **Befragung zum stationären und ambulanten Wohnen in der Eingliederungshilfe**

Sehr geehrte/r Teilnehmer/in,  
diese Befragung wendet sich an MitarbeiterInnen des stationären und ambulant betreuten Wohnens für Menschen mit psychischer Erkrankung (Eingliederungshilfe). Sie beschränkt sich auf Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen.

Im Rahmen meiner Masterarbeit an der Hochschule Fulda (Fernstudium Soziale Arbeit, Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie) befrage ich mich mit dem Themenfeld "Stationäres und ambulant betreutes Wohnen und die Übergänge zwischen beiden Bereichen". Hierzu möchte ich gerne Ihre Einschätzungen und Meinungen kennenlernen. Es handelt sich bei der Studie um keine Auftragsarbeit. Selbstverständlich ist die Befragung anonym. Rückschlüsse auf Ihre Person oder die Einrichtung, in der Sie arbeiten, können aus den erhobenen Daten nicht gezogen werden.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 10 bis 15 Minuten. Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen haben, besteht nach Abschluss der Befragung die Möglichkeit, Ihre E-Mail-Adresse unabhängig von den Befragungsdaten einzutragen. Sie erhalten dann Nachricht, wenn die Ergebnisse vorliegen. Sollten Sie zu dieser Erhebung Rückfragen haben, können Sie sich selbstverständlich gerne an mich persönlich wenden:

Ilja Ruhl  
Grabenstraße 18  
47057 Duisburg  
Tel: 0203-41 97 948  
Mail: [ilja-ruhl@web.de](mailto:ilja-ruhl@web.de)

Anfangen

[www.studentenforschung.de](http://www.studentenforschung.de)

## **Befragung zum stationären und ambulanten Wohnen in der Eingliederungshilfe**



1.

**Wie erleben Sie persönlich die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen?**

- |                |                       |                       |                       |                       |                       |              |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| langweilig     | <input type="radio"/> | interessant  |
| unbefriedigend | <input type="radio"/> | befriedigend |
| schwer         | <input type="radio"/> | einfach      |

2.

**Ich würde mir wünschen, dass wir mehr Zeit für Teamsitzungen/Teambesprechungen haben, um uns über die Arbeit mit den BewohnerInnen/KlientInnen auszutauschen.**

- trifft zu
- trifft eher zu
- weder noch
- trifft eher nicht zu
- trifft nicht zu
- weiß nicht / keine Antwort

3.

**Wenn Sie an BewohnerInnen denken, die aus dem Wohnheim ins ambulant betreute Wohnen wechseln. Welche der folgenden Faktoren sind aus Ihrer Sicht grundsätzlich für die Auswahl eines zukünftigen Wohnumfeldes wichtig?**

- |   | sehr wichtig          | wichtig               | teils/teils           | weniger wichtig       | unwichtig             | weiß nicht / keine Antwort |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| Nähe zum Arbeitsplatz des Klienten                              | <input type="radio"/>      |
| Infrastruktur des täglichen Lebens (z.B. Einkaufsmöglichkeiten) | <input type="radio"/>      |

möglichst in der Nähe des ehemaligen Wohnheims	<input type="radio"/>					
Region/Stadtteil mit günstigen Mieten	<input type="radio"/>					
Nähe zum behandelnden psychiatrischen Facharzt	<input type="radio"/>					
Nähe zum Dienstszitz des ambulant betreuten Wohnens	<input type="radio"/>					
Nähe zu Angehörigen/Verwandten	<input type="radio"/>					
vorhandene feste Tagesstruktur (Arbeit, Tagesstätte etc.)	<input type="radio"/>					
gute Anbindung an den Personennahverkehr	<input type="radio"/>					

4.

**Die Starthilfe der Landschaftsverbände ist ein großer Anreiz für BewohnerInnen des Wohnheims, dort auszuziehen.**

- trifft zu  
 trifft eher zu  
 weder noch  
 trifft eher nicht zu  
 trifft nicht zu  
 weiß nicht / keine Antwort

5.

**BewohnerInnen, die aus dem Wohnheim ins ambulant betreute Wohnen wechseln, sollten ihren Bezugsbetreuer aus dem Wohnheim dort zunächst erstmal auf Wunsch behalten können.**

- Ja  
 keine Antwort / weiß nicht

Nein

6.

**Wie wichtig finden Sie ein Bezugsbetreuungssystem (also die feste Zuordnung von BewohnerInnen zu MitarbeiterInnen) im stationären Wohnen?**

- sehr wichtig
- wichtig
- teils/teils
- weniger wichtig
- unwichtig
- weiß nicht / keine Antwort

7.

**Wie wichtig finden Sie ein Bezugsbetreuungssystem im ambulant betreuten Wohnen?**

- sehr wichtig
- wichtig
- teils/teils
- weniger wichtig
- unwichtig
- weiß nicht / keine Antwort

8.

**Aufgrund des hohen Mietpiegels in unserer Region ist es schwierig, bezahlbaren Wohnraum für KlientInnen zu finden, die aus dem Wohnheim ausziehen wollen.**

- trifft zu
- trifft eher zu

- weder noch
- trifft eher nicht zu
- trifft nicht zu
- weiß nicht / keine Antwort

9.

**Das Darstellen des Hilfebedarfs von Bewohner:Innen/Klient:Innen in Fachleistungsstunden fällt mir leicht.**

- trifft zu
- trifft eher zu
- weder noch
- trifft eher nicht zu
- trifft nicht zu
- weiß nicht / keine Antwort

10.

**Wir arbeiten in unserem Team nach dem Bezugsbetreuungssystem.**

- Ja
- keine Antwort / weiß nicht
- Nein

11.

**Welche der folgenden Vorschläge halten Sie bezüglich eines besseren Übergangs von Wohnheimbewohner:Innen ins ambulant betreute Wohnen für geeignet? Stellen Sie sich bitte dabei vor, die Finanzierung der einzelnen Maßnahmen ist gesichert.**

sehr gut geeignet	überhaupt nicht geeignet	weiß nicht / keine Antwort
-------------------	--------------------------	----------------------------

früherer Kontakt (vor Wohnheimauszug) zwischen MitarbeiterIn des ambulant betreuten Wohnens und KlientIn könnte den Übergang Wohnheim zum ambulant betreuten Wohnen verbessern	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>							
häufigere Kontakte (vor Wohnheimauszug) zwischen MitarbeiterIn des ambulant betreuten Wohnens und KlientIn	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>							
ausführlichere "Entlass"-gespräche mit MitarbeiterInnen des ambulant betreuten Wohnens	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>							
weiterer fachlicher Austausch mit MitarbeiterInnen des ambulant betreuten Wohnens auch nach Auszug des/der BewohnerIn	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>							
offene "BewO-Sprechstunde" in der sich WohnheimbewohnerInnen unverbindlich über das ambulant betreute Wohnen informieren können	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>							
mehr gegenseitiges Wissen darüber, wie im jeweils anderen Bereich (ambulant/stationär) gearbeitet wird	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>							
für die praktische Arbeit besser geeignete Hilfepläne	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>							
gemeinsames Erarbeiten des Hilfeplans mit Bewohner/in, Mitarbeiter/in des ambulant betreuten Wohnens und Mitarbeiter/in des stationären Wohnens	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>							
Möglichkeit des Probewohnens im ambulant betreuten Wohnen in einer hierfür bereitgestellten möblierten Wohnung	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>							
KlientInnen des ambulant betreuten Wohnens, die als "Paten" für WohnheimbewohnerInnen zur Verfügung stehen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>							
Vorhalten eines Krisenbettes	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>							

**Haben Sie weitere Vorschläge und Ideen, die den Übergang von WohnheimbewohnerInnen ins ambulant betreute Wohnen verbessern helfen könnten?**

13.

**In welchem Wohnbereich der Eingliederungshilfe sind Sie (überwiegend) tätig?\***

Stationäres Wohnen

Ambulant betreutes Wohnen

Weiter

[www.studentenforschung.de](http://www.studentenforschung.de)

14.

**Die Zusammenarbeit mit dem stationären Wohnbereich allgemein (eigene Einrichtung und auch andere) ist gut.**

trifft zu

trifft eher zu

weder noch

trifft eher nicht zu

trifft nicht zu

weiß nicht / keine Antwort

15.

**Haben Sie persönliche Erfahrungen mit KlientInnen, die aus dem Wohnheim ins ambulant betreute Wohnen gewechselt sind?**

Ja  
 Nein

weiß nicht / keine Antwort

Weiter

[www.studentenforschung.de](http://www.studentenforschung.de)

16.

**Bitte schätzen Sie aus der Sicht des ambulant betreuten Wohnens folgende Sorgen und Ängste von KlientInnen ein, die vom stationären ins ambulante Wohnen gewechselt sind.**

	sehr häufig	häufig	häufig	manchmal	selten	nie	weiß nicht / keine Antwort
Ängste und Sorgen in Verbindung mit der Organisation des Umzugs selbst	<input type="radio"/>						
Angst davor, dass eine Finanzierungslücke entsteht (z.B. bis wieder Rentenzahlung einsetzt)	<input type="radio"/>						
Angst davor, allein zu sein	<input type="radio"/>						
Angst davor, mit dem Geld nicht haushalten zu können	<input type="radio"/>						
keine Möglichkeit, in einer Krise sofort eine/n Mitarbeiter/in sprechen zu können	<input type="radio"/>						
Sorge davor, den eigenen Haushalt (Putzen, Wäsche waschen, Essen zubereiten, Einkaufen etc.) nicht bewältigen zu können	<input type="radio"/>						

- |   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sorge davor, dass die Unterstützung durch das ambulant betreute Wohnen nicht ausreichen wird.           | <input type="radio"/> |
| Sorge, Freizeitangebote des Wohnheims nicht mehr wahrnehmen zu können                                   | <input type="radio"/> |
| Sorge davor, nicht mehr die gleiche Bezugsperson (Mitarbeiter/in) zu haben                              | <input type="radio"/> |
| Bei BewohnerInnen, die in eine WG ziehen: Sorge davor, sich mit den MitbewohnerInnen nicht zu vertragen | <input type="radio"/> |
| Sorge davor, mit der Einnahme der Medikamente nicht alleine zurecht zu kommen                           | <input type="radio"/> |

Weiter

17.

**Wir sind uns im Team meistens einig darüber, wenn ein/e KlientIn ins stationäre Wohnen ziehen soll.**

- trifft zu
- trifft eher zu
- weder noch
- trifft eher nicht zu
- trifft nicht zu
- weiß nicht / keine Antwort

18.

**Die Arbeit im ambulant betreuten Wohnen ist schwieriger als im stationären Wohnen.**

- Ja  
 weder noch  
 nein  
 weiß nicht / keine Antwort

Weiter

[www.studentenforschung.de](http://www.studentenforschung.de)

19.

**Welche der folgenden Faktoren machen aus Ihrer Sicht das Arbeiten im ambulant betreuten Wohnen schwieriger als im stationären Wohnen?**

	trifft zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht / keine Antwort
Terminstress	<input type="radio"/>					
viele Entscheidungen müssen ohne Hilfe der KollegInnen bei den KlientInnen getroffen werden	<input type="radio"/>					
mehr Kontrolle durch Vorgesetzte	<input type="radio"/>					
höhere Verdichtung der Arbeit	<input type="radio"/>					
schwierigere KlientInnen als im stationären Wohnen	<input type="radio"/>					
weniger Zeit, um sich mit den KollegInnen fachlich auszutauschen	<input type="radio"/>					
weniger Zeit für einzelne KlientInnen	<input type="radio"/>					
weniger Feedback zur Arbeit mit KlientInnen	<input type="radio"/>					

seitens der Vorgesetzten						
mehr administrative Aufgaben als im stationären Wohnen	<input type="radio"/>					
zu wenig Zeit für die einzelnen KlientInnen	<input type="radio"/>					

Weiter

20.

**Welche der folgenden Faktoren machen aus Ihrer Sicht das Arbeiten im ambulant betreuten Wohnen leichter als im stationären Wohnen?**

	trifft zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht / keine Antwort
kein Schichtdienst	<input type="radio"/>					
nicht so schwierige KlientInnen wie im Wohnheim	<input type="radio"/>					
weniger Kontrolle durch Vorgesetzte	<input type="radio"/>					
geringere Verdichtung der Arbeit	<input type="radio"/>					
viele Entscheidungen müssen nicht erst im Team besprochen	<input type="radio"/>					
es muss nicht eine gemeinsame "pädagogische" Linie eingehalten werden	<input type="radio"/>					
mehr Zeit für einzelne KlientInnen	<input type="radio"/>					
weniger pflegerische Anteile	<input type="radio"/>					

weniger administrative Aufgaben	<input type="radio"/>					
kein permanenter Kontakt zu den KlientInnen	<input type="radio"/>					
flexiblere Arbeitszeitgestaltung	<input type="radio"/>					

[Weiter](#)

21.

**Wie lange sind Sie im ambulant betreuten Wohnen insgesamt tätig?**

- 1-2 Jahre
- 3-4 Jahre
- 5-6 Jahre
- 7-10 Jahre
- 11-20 Jahre
- 21 Jahre und länger
- keine Antwort

22.

**Haben Sie einen Stellenanteil im stationären Wohnen?**

- Ja (wenn Sie möchten, können Sie den Stellenanteil in Prozent in das Feld eintragen)

- Nein
- Nein, aber ich war früher dort mal tätig
- keine Antwort

23.

**Die Zusammenarbeit mit dem ambulant betreuten Wohnen allgemein (eigene Einrichtung und/oder auch andere) ist gut.**

- trifft zu
- trifft eher zu
- weder noch
- trifft eher nicht zu
- trifft nicht zu
- weiß nicht / keine Antwort

24.

**Bitte schätzen Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen die Häufigkeit der folgenden Sorgen und Ängste von BewohnerInnen ein, die über einen Wechsel vom Wohnheim ins ambulant betreute Wohnen nachdenken.**

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie	weiß nicht / keine Antwort
Ängste und Sorgen in Verbindung mit der Organisation des Umzugs selbst	<input type="radio"/>					
Angst davor, dass eine Finanzierungslücke entsteht (z.B. bis wieder Rentenzahlung einsetzt)	<input type="radio"/>					
Angst davor, allein zu sein	<input type="radio"/>					

Angst davor, mit dem Geld nicht haushalten zu können	<input type="radio"/>						
keine Möglichkeit, in einer Krise sofort eine/n Mitarbeiter/in sprechen zu können	<input type="radio"/>						
Sorge davor, den eigenen Haushalt (Putzen, Wäsche waschen, Essen zubereiten, Einkaufen etc.) nicht bewältigen zu können	<input type="radio"/>						
Sorge davor, dass die Unterstützung durch das ambulant betreute Wohnen nicht ausreichen wird.	<input type="radio"/>						
Sorge, Freizeitangebote des Wohnheims nicht mehr wahrnehmen zu können	<input type="radio"/>						
Sorge davor, nicht mehr die gleiche Bezugsperson (Mitarbeiter/in) zu haben	<input type="radio"/>						
Bei BewohnerInnen, die in eine WG ziehen: Sorge davor, sich mit den MitbewohnerInnen nicht zu vertragen	<input type="radio"/>						
Sorge davor, mit der Einnahme der Medikamente nicht alleine zurecht zu kommen	<input type="radio"/>						

25.

**Fallen Ihnen noch weitere Sorgen und Ängste ein, die BewohnerInnen im Zusammenhang mit einem Auszug aus dem Wohnheim haben?**

26.

**Wir halten für unsere BewohnerInnen einen Wohnheimplatz frei, wenn sie das ambulant betreute Wohnen ausprobieren wollen.**

- Ja, maximal (bitte Angabe in Monaten) halten wir  keine Antwort / weiß nicht einen Platz frei
- Nein

27.

**Ehemalige BewohnerInnen, die zu uns zu Besuch kommen, werden von den aktuellen BewohnerInnen manchmal auch ablehnend behandelt.**

- trifft zu
- trifft eher zu
- weder noch
- trifft eher nicht zu
- trifft nicht zu
- ehemalige BewohnerInnen kommen nicht zu Besuch
- weiß nicht / keine Antwort

28.

**Können Sie der folgenden Aussage zustimmen: Der Impuls ausziehen kommt in der Regel von den MitarbeiterInnen und nicht von den Bewohnern.**

- trifft zu
- trifft eher zu
- weder noch
- trifft eher nicht zu
- trifft nicht zu
- weiß nicht / keine Antwort

29.

**Die Arbeit im stationären Wohnen ist schwieriger als im ambulant betreuten Wohnen.\***

- Ja
- weder/noch
- nein
- weiß nicht / keine Antwort

Weiter

[www.studentenforschung.de](http://www.studentenforschung.de)

30.

**Welche der folgenden Faktoren machen aus Ihrer Sicht das Arbeiten im stationären Wohnen schwieriger als im ambulant betreuten Wohnen?**

	trifft zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht / keine Antwort
Schichtdienst	<input type="radio"/>					
schwierigere KlientInnen als im ambulant betreuten Wohnen	<input type="radio"/>					
mehr Kontrolle durch Vorgesetzte	<input type="radio"/>					
höhere Verdichtung der Arbeit	<input type="radio"/>					
viele Entscheidungen müssen erst im Team getroffen werden	<input type="radio"/>					
eine gemeinsame "pädagogische Linie"	<input type="radio"/>					

muss eingehalten werden	<input type="radio"/>				
weniger Zeit für einzelne BewohnerInnen	<input type="radio"/>				
mehr pflegerische Anteile als im ambulant betreuten Wohnen	<input type="radio"/>				
mehr administrative Aufgaben	<input type="radio"/>				
permanenter Kontakt zu den BewohnerInnen	<input type="radio"/>				

Weiter

www.studentenforschung.de

31.

**Welche der folgenden Faktoren machen aus Ihrer Sicht das Arbeiten im stationären Bereich leichter als im ambulant betreuten Wohnen?**

	trifft zu	trifft eher zu	weder noch zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht / keine Antwort
kein Terminstress	<input type="radio"/>					
Entscheidungen müssen nicht alleine beim Klienten zu Hause getroffen werden	<input type="radio"/>					
weniger Kontrolle durch Vorgesetzte	<input type="radio"/>					
geringere Verdichtung der Arbeit	<input type="radio"/>					
BewohnerInnen, die weniger schwierig sind als im ambulant betreuten Wohnen	<input type="radio"/>					
mehr Zeit, um sich mit KollegInnen fachlich	<input type="radio"/>					

auszutauschen	)	)	)	)	)	)	)
mehr Zeit für einzelne BewohnerInnen	<input type="radio"/>						
mehr Feedback zur Arbeit mit den BewohnerInnen seitens der Vorgesetzten	<input type="radio"/>						
weniger administrative Aufgaben	<input type="radio"/>						

Weiter

32.

**Wir sind uns im Team meistens einig darüber, dass ein/e Bewohner/in in eine Außenwohngruppe ziehen soll.**

- trifft zu
- trifft eher zu
- weder noch
- trifft eher nicht zu
- trifft nicht zu
- unser Wohnheim ist eine Außenwohngruppe
- weiß nicht / keine Antwort

33.

**Oft ist es nicht einfach, eine/n gesetzlichen BetreuerIn von der Idee, dass ein/e BewohnerIn aussieht, zu überzeugen.**

- trifft zu
- trifft eher zu
- weder noch

- trifft eher nicht zu
- trifft nicht zu
- weiß nicht / keine Antwort

34.

**Wie lange sind Sie im stationären Wohnen insgesamt tätig?**

- 1-2 Jahre
- 3-4 Jahre
- 5-6 Jahre
- 7-10 Jahre
- 11-20 Jahre
- 21 Jahre und länger
- keine Antwort

35.

**Haben Sie einen Stellenanteil im ambulant betreuten Wohnen?**

- Ja (wenn Sie möchten, können Sie den Stellenanteil in Prozent in das Feld eintragen)
- Nein
- Nein, aber ich war früher dort mal tätig
- keine Antwort

[Weiter zur letzten Seite](#)

**Und nun noch ein paar letzte Fragen zu Ihrer Person und zu der Einrichtung in der Sie arbeiten.**

36.

**Sie sind...?**

- weiblich  
 männlich

keine Antwort

37.

**Wie alt sind Sie?**

- jünger als 18 Jahre  
 18-20 Jahre  
 21-25 Jahre  
 26-35 Jahre  
 36-45 Jahre  
 46-55 Jahre  
 56-64 Jahre  
 65 Jahre und älter  
 keine Antwort

38.

**Ihre berufliche Qualifikation(en)? Hier sind Mehrfachnennungen möglich.**

- Dipl.-Pädagoge/in  
 Dipl.-Sozialarbeiter/in

- Dipl.- Sozialpädagoge/in
- Ergotherapeut/in
- (Fach-)krankenschwester/-pfleger
- Erzieher/in
- andere Qualifikation (bitte eintragen):
- keine Antwort

39.

**Welche der folgenden Wohnangebote bietet Ihre Einrichtung an (Mehrfachnennungen möglich)?**

- ambulant betreutes Wohnen  Wohnheim(e)
- intensiv betreutes Wohnen mit ambulantem Status (IBW)  weiß nicht / keine Antwort
- Außenwohngruppe(n) mit stationärem Status

40.

**Welcher Landschaftsverband ist für Ihre Einrichtung zuständig?**

- Landschaftsverband Westfalen-Lippe  weiß nicht / keine Antwort
- Landschaftsverband Rheinland

**Bitte vergessen Sie nicht, die Daten abzuschicken. Ich bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen für Ihre Teilnahme.**

Daten abschicken

Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihre Mitarbeit.  
Freundliche Grüße  
Ilja Ruhl